МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ТАРНОПОЛЬСЬКА ЛЮДМИЛА МИКОЛАЇВНА

СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ВПЛИВ ЙОГО НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

Освітньо-кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра
за спеціальністю «Сестринська справа»

Науковий керівник:
кандидат медичних наук, доцент
Хіміч Тетяна Юріївна

Харків - 2020 р.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ……..……4

ВСТУП…….6

РОЗДІЛ 1. Огляд літератури……9

1.1 Сучасні особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у світі……..…9

1.2 Аналіз розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні……...……..13

1.3 Про необхідність подальших досліджень……21

РОЗДІЛ 2. Власні дослідження……...……..22

2.1 Мета і завдання дослідження…….……22

2.2 Матеріали та методи дослідження……...23

2.3 Географічна, демографічна та екологічна характеристика Херсонської області……..……..……...24

2.4 Захворюваність та смертність, зумовлена,зумовлені ВІЛ/СНД……..27

2.4.1 Реєстрація нових випадків ВІЛ-інфеції…….28

2.4.2 Смертність від причин,пов'язаних з ВІЛ-інфекцією……29

2.4.3 Поширеність ВІЛ-інфекції (зареєстровані випадки)……...31

2.4.4 Результати серомоніторингу за поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення……35

2.4.5 Каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ в області, за 2018 рік…….41

2.4.6 Аналіз виконання заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні у розрізі каскаду послуг……..43

2.4.7 Аналіз амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими жінками та дітям, хворим на ВІЛ/СНІД за 2018 рік……..44

2.4.8 Епідситуація з ВІЛ-асоційованим туберкульозом у дітей……47

2.4.9 Обстеження дітей за клінічними та епідеміологічними показниками……48

2.5 Забезпечення лабораторного супроводу ВІЛ-інфікованих осіб…….49

2.6 Профілактичні заходи щодо попередження інфікування ВІЛ……50

2.6.1 Стан впровадження замісної підтримувальної терапії вобласті…….50

2.6.2 Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини…….52

РОЗДІЛ 3. Обговорення отриманих результатів……..…....56

ВИСНОВКИ……..60

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….…..63

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРТ - Антиретровірусна терапія

ЕП - епідемічний процес

БФ - Благодійний фонд

ВГ - Вірусний гепатит

ВІЛ - Вірус імунодефіциту людини

ВН - Вірусне навантаження

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗОЗ - Заклади охорони здоров'я

ЗПТ - Замісна підтримувальна терапія

ІБПД - Інтегроване біоповедінкове дослідження

ІФА - Імуноферментний аналіз

КіТ - Консультування і тестування (на ВІЛ)

ІПСШ - Інфекції, що передаються статевим шляхом

КГ - Ключові групи щодо інфікування ВІЛ

ЛЖВ - Люди, які живуть з ВІЛ

ЛВІН - Люди, які вживають ін'єкційні наркотики

ЛЖВ - Люди, які живуть з ВІЛ

МОЗ - Міністерство охорони здоров'я (України)

МіО - Моніторинг і оцінка

МІС - Медична інформаційна система

НУО - Неурядова організація

ООН - Організація Об'єднаних Націй

ОСБ - особи, залучені до секс-бізнесу

ПЛР - Полімеразна ланцюгова реакція

ПМСД - Первинна медико-санітарна допомога

ППМД - Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини (PMTCT)

ПреКП - Преконтактна профілактика (pre-exposure prophylaxis, PrEP)

ПТВ - Послуги з тестування на ВІЛ

ПТК - первинний туберкульозний комплекс

СЕМ - Сероепідеміологічний моніторинг

СІН - споживачі ін'єкційних наркотиків

СКК - Суха крапля крові

СНІД - Синдром набутого імунодефіциту

CD4+ клітини - різні клітини організму людини, у яких на поверхні є CD4+ рецептори, до яких ВІЛ має спорідненість

СП - Секс-працівники

ТБ - Туберкульоз

ХОБФ - Херсонський обласний благодійний фонд

ЦГЗ - Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

ЧСЧ - Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками

Центр СНІДу - Центр профілактики та боротьби зі СНІДом

ЮНЕЙДС- Об'єднана Програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу

UNAIDS - Об'єднана Програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу

ВСТУП

Відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я – це «стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів». (13).

Здоров'я – багатовимірний феномен і виявляється на індивідуальному і популяційному рівнях. Під індивідуальним здоров'ям розуміють динамічний стан збереження й розвитку психофізіологічних функцій індивіду, його оптимальної працездатності й соціальної активності при максимальній тривалості життя. Популяційне здоров'я (здоров'я населення, колективне, суспільне або громадське) – це процес соціально-історичного розвитку біологічної і психосоціальної життєздатності населення, яке проживає на певній території, у низці поколінь, підвищення його працездатності й продуктивності колективної праці, зростання екологічного домінування та вдосконалення людини як виду (14).

Людина - найвища цінність суспільства, а здоров'я, носієм якого вона є, зумовлює гармонійний розвиток людини і тим самим є запорукою всебічного розвитку суспільства. Здоров'я людини - соціальна цінність, невід'ємна частина суспільного багатства, і від суспільства залежить, як здоров'я використовується, охороняється і відтворюється. Аналіз здоров'я людини стає необхідною умовою розкриття і вдосконалення людських здібностей і можливостей як рушійної сили та найвищої мети суспільного прогресу . Проблема здоров'я людини – одна з найбільш складних комплексних проблем сучасної науки (12).

Проблема збереження й зміцнення здоров'я населення за всіх часів була однією із ключових у суспільстві. Здоров'я нації – це показник цивілізованості держави, що відображає рівень її соціально-економічного розвитку, головний критерій доцільності та ефективності всіх сфер діяльності людини. Наразі в Україні тенденція погіршення здоров'я населення набула загрозливого рівня. Це зумовлено збідненням значної частини населення, погіршенням екологічної

ситуації, розповсюдженням здоров'яруйнівних стереотипів поведінки, зниженням доступності до якісних медичних послуг (15).

Особливе значення для державного управління сферою охорони здоров'я мають інфекційні та паразитарні захворювання, так звані «соціально небезпечні» та «соціально значущі хвороби», які становлять серйозну загрозу громадському здоров'ю і потребують спеціальних заходів профілактики та лікування. Значну частину інфекційної патології становлять кишкові інфекції, які свідчать про порушення елементарних вимог гігієни не лише окремими громадянами, але й працівниками підприємств громадського харчування, вживання забрудненої питної води, продуктів, виготовлених з порушенням санітарних правил, термінів та умов зберігання (7).

Викликає занепокоєння поширення таких небезпечних кров'яних інфекцій, як гепатит В і С. Останнім часом, через відсутність вакцини або необґрунтовані відмови населення від профілактичних щеплень, збільшилася захворюваність на інфекції, керовані засобами специфічної імунопрофілактики (кір, краснуху, епідемічний паротит тощо). Великим досягненням слід вважати відсутність захворювань на епідемічний паралітичний поліомієліт (17).

Серед інфекційних хвороб одну з основних загроз для здоров'я населення становить туберкульоз, який не ліквідовано у жодній країні. Епідемічна ситуація щодо туберкульозу у всьому світі і в Україні погіршилася у 90-х роках XX століття, особливо у нових незалежних державах, які виникли після розпаду СРСР. Серед європейських країн за рівнем захворюваності на туберкульоз Україна займає третє місце після Росії та Румунії, за темпами зростання мультирезистентного туберкульозу – друге місце у Європі після Росії, а за його поширеністю у вперше виявлених хворих – четверте місце в світі. У 15 зі 100 хворих спостерігається стійка форма. Щороку у нашій країні вперше реєструється до 40 тис. хворих, помирає 10 тис. хворих. Офіційна кількість пацієнтів, які перебувають на диспансерному огляді, становить понад 500 тис. осіб. За 15 років від часу оголошення епідемій туберкульозу в Україні від нього

померло близько 150 тис. хворих, а виліковується не більше 60% цих хворих. (34).

Провідне місце серед проблем охорони здоров'я у багатьох країнах світу посідає епідемія ВІЛ-інфекції та СНІДу. В Україні вона розцінюється, як одна з найважчих у Східній Європі (10).

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) - особливо небезпечна інфекційна хвороба, що викликається вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Масове розповсюдження цієї хвороби в усьому світі створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці (16).

Серед інших проблем охорони здоров'я проблема ВІЛ/СНІД займає особливе місце, що пов'язано з пандемією розповсюдження вірусу імунодефіциту людини (1). Посилення проблеми пов'язане з тяжкими соціально-економічними наслідками епідемії, дороговартісним лікуванням та відсутністю засобів специфічної профілактики (19).

ВІЛ-інфекція повільно, але невпинно проникала з початкових вогнищ – США та Центральної Африки – на всі континенти та в усі країни світу (27).

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) щоденно у світі інфікується майже 16 тисяч осіб. У світі налічується понад 40 млн. дорослих і дітей, які живуть із ВІЛ та СНІДом.

Жодна країна не може вважати, що її обминула така загроза. Україна не є винятком в загальному епідемічному просторі світу. З 1995 року поширеність ВІЛ/СНІДу набула особливо загрозливого характеру - епідемії. За темпами розвитку епідемії, поширенням ВІЛ-інфекції наша країна займає одне з перших місць в Східній Європі. Реальну загрозу для суспільства становить вихід епідемії ВІЛ/СНІД за межі груп ризику. Епідемія СНІД суттєво відрізняється від усіх попередніх епідемій, з якими людство зустрічалось у процесі свого історичного розвитку. Масштаби захворюваності, швидкість розповсюдження, неминуча смерть, остракізм і дискримінація ВІЛ-інфікованих людей – все це породжує особливу соціальну ситуацію у суспільстві (28).

За оцінками національних експертів, нині в Україні налічується від 400 до 600 тисяч ВІЛ-інфікованих, тобто кожний сотий.

Найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції – у Одеській, Дніпропетровській, Миколаївській, Херсонській, Київській, Чернігівській областях і Києві (32).

На розвиток ВІЛ-інфекції / СНІДу як в Україні, так і в Херсонській області впливають фактори, зумовлені складною соціально-економічною ситуацією. Зокрема економічною нестабільністю, рівнем бідності та безробіття, розшаруванням суспільства за рівнем доходів і, як наслідок, збільшенням числа споживачів ін'єкційних наркотиків, поширенням проституції, недостатністю профілактичних та неефективністю інформаційно-освітніх заходів.

РОЗДІЛ 1

Огляд літератури

1.1 Сучасні особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у світі

За роки розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в світі масштаби поширення вірусу імунодефіциту людини набули глобального характеру і стають реальною загрозою соціально-економічному розвитку більшості країн світу (29).

Провідні спеціалісти з питань боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД зазначають, що пандемія ВІЛ-інфекції/СНІДу охопила майже всі країни світу. Поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу на теперішньому етапі розвитку суспільства залишається об'єктивною загрозою планетарного характеру, яка негативно впливає як на медико-демографічну ситуацію так і економічний потенціал країн світу. Особливістю розвитку хронічної епідемії ВІЛ-інфекції є багатогранність її негативного впливу на медичні, демографічні, соціально-економічні та політичні розділи діяльності країн та розвитку суспільства (35). Вказане визначає ВІЛ-

інфекцію як планетарне лихо, збитки від якого порівнюються з наслідками світових війн (30).

Проведений аналіз даних ВООЗ і ЮНЕЙДС, а також наукових публікацій вказує на те, що ВІЛ-інфекція/СНІД впевнено займає провідне місце серед глобальних проблем охорони здоров'я більшості країн світу. Принципові відмінності цієї інфекції обумовлені надзвичайною складністю структури епідемічного процесу та багатофакторністю його розвитку, що має катастрофічні глобальні в тому числі демографічні наслідки (26).

За матеріалами публікацій ЮНЕЙДС на початок 2019 року кількість людей, що живуть з ВІЛ, у світі становила 37,9 млн чоловік (36,2 млн дорослих та 1,7 млн дітей у віці до 15 років). У 2018 р 79% всіх людей, що живуть з ВІЛ, знали свій статус. Близько 8,1 млн людей не знали про те, що вони живуть з ВІЛ. 74,9 млн осіб заразилися ВІЛ з початку епідемії.

Люди, що живуть з ВІЛ, отримують лікування в рамках антиретровірусної терапії. У 2018 році доступ до антиретровірусної терапії мали 23,3 млн людей, що живуть з ВІЛ, в порівнянні з 7,7 млн в 2010 році. 62% всіх людей, що живуть з ВІЛ, мали доступ до лікування. 62% дорослих у віці 15 років і старше, які живуть з ВІЛ, та 54% дітей у віці 0-14 років мали доступ до лікування. 68% дорослих жінок у віці 15 років і старше мали доступ до лікування, в той час як лише 55% дорослих чоловіків у віці 15 років і старше мали доступ. У 2018 році 82% вагітних жінок, що живуть з ВІЛ, мали доступ до лікування із застосуванням антиретровірусних препаратів з метою запобігання передачі вірусу плоду.

У 2018 році з усіх людей, які живуть з ВІЛ, 79% знали свій статус, 62% мали доступ до лікування і 53% досягли супресії вірусного навантаження.

Аналіз літературних та статистичних джерел вказує на те, що в цілому в світі пандемія ВІЛ-інфекції/СНІДу поступово йде на спад. Число нових випадків зараження ВІЛ скоротилося на 40% в порівнянні з 1997 роком, коли цей показник досяг пікового значення. У 2018 році кількість нових випадків зараження ВІЛ знизилася до 1,7 млн у порівнянні з 2,9 млн в 1996 році. Показник нових випадків зараження ВІЛ-інфекцією серед дорослих, за

оцінками, знизився на 16% щодо 2010 року, з 2,1 млн до 1,7 млн. У 2018 році показник нових випадків зараження ВІЛ-інфекцією серед дітей знизився на 41% щодо 2010 року, з 280 000 до 160 000.

Показник смертності внаслідок СНІДу знизився на 55% щодо пікового показника 2004 року. У 2018 році загальносвітове число померлих від супутніх СНІДу хвороб склало 770 000 людей. Для порівняння в 2004 році цей показник становив 1,7 млн чоловік і 1,2 млн осіб в 2010 році. 32,0 млн людей померли від супутніх СНІДу хвороб з початку епідемії.

Проведений аналіз даних наукових досліджень та міжнародних організацій з питань характеристики розвитку пандемії ВІЛ/СНІД в світі показав наступне. Щотижня ВІЛ заражаються близько 6200 молодих жінок у віці від 15 до 24 років. У Тропічній Африці чотири з п'яти нових випадків інфікування серед підлітків у віці 15-19 років відзначаються у дівчат. Ймовірність наявності ВІЛ у молодих жінок у віці 15-24 років в два рази вище, ніж у чоловіків. Більше однієї третини (35%) жінок по всьому світу піддавалися фізичному і / або сексуальному насильству в деякі періоди свого життя. У деяких регіонах ймовірність зараження ВІЛ в півтора рази вище у жінок, що піддавалися фізичному або сексуальному насильству з боку свого партнера, ніж у жінок, щодо яких такого насильства не здійснювалося.

За оціночними даними ВООЗ та ЮНЕЙДС на ключові групи ризику і їх сексуальних партнерів доводиться: 54% нових випадків зараження ВІЛ по всьому світу; понад 95% нових випадків зараження ВІЛ у Східній Європі та Центральній Азії; 95% нових випадків зараження ВІЛ на Близькому Сході і в Північній Африці; 88% нових випадків зараження ВІЛ в Західній і Центральній Європі, а також в Північній Америці; 78% нових випадків зараження ВІЛ в Азіатсько-Тихоокеанському регіоні; 65% нових випадків зараження ВІЛ в Латинській Америці; 64% нових випадків зараження ВІЛ в Західній і Центральній Африці; 47% нових випадків зараження ВІЛ в країнах

Карибського басейну; 25% нових випадків зараження ВІЛ у Східній та Південній Африці.

Ризик зараження ВІЛ: в 22 разів вище серед чоловіків, які мають статеві зв'язки з чоловіками; в 22 рази вище серед споживачів ін'єкційних наркотиків; в 21 разів вище серед осіб, що працюють в секс-індустрії; в 12 разів вище серед трансгендерних осіб.

Аналіз даних щодо ВІЛ / ТБ показав, що туберкульоз є основною причиною смертності серед людей, що живуть з ВІЛ, на нього припадає близько однієї третини випадків смерті, пов'язаних зі СНІДом.

У 2017 році приблизно у 10 мільйонів людей розвинувся туберкульоз, приблизно 9% з них жили з ВІЛ. Люди, які живуть з ВІЛ, не мають симптомів туберкульозу, потребують профілактичної терапії захворювання. Це зменшує ризик розвитку туберкульозу і скорочує смертність від туберкульозу / ВІЛ приблизно на 40%. За оцінними даними 49% людей, що живуть з ВІЛ та туберкульозом, не знають про свою ко-інфекцію і тому не отримують лікування.

Подолання проблем, пов’язаних з ВІЛ/СНІДом потребує великих коштів. Станом на кінець 2018 року було виділено 19,0 млрд дол. США на боротьбу зі СНІДом в країнах з низьким і середнім рівнями доходу. Близько 56% від загальних ресурсів, виділених на боротьбу з ВІЛ в країнах з низьким і середнім рівнями доходу в 2018 році, було отримано з внутрішніх джерел. За оцінками ЮНЕЙДС, в 2020 році на боротьбу зі СНІДом потрібно 26,2 млрд дол (18).

З метою проведення в життя заходів по боротьбі зі СНІДом, в ЮНЕЙДС розробили оперативний підхід для досягнення ряду обмежених за термінами цільових показників до 2020 року. При цьому необхідно зазначити, що новий перелік цільових показників, які необхідно досягти до 2020 р., включає мету «90-90-90». Це значить наступне (9):

• 90% людей, які живуть з ВІЛ, та знають про свій ВІЛ-позитивний статус;

• 90% людей, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, знаходяться на лікуванні;

• 90% людей, які перебувають на лікуванні, мають невизначений рівень вірусного навантаження.

Запропоновані сучасні цільові показники, які необхідно в питаннях боротьби з ВІЛ/СНІД досягти до 2020 р., спираються на принцип щодо дотримання прав людини та забезпечення без дискримінаційної ситуації. Все це має суттєво наблизити та поліпшити кінцеві результати в галузі глобальної боротьби з ВІЛ/СНІДом (8).

Для найбільш уражених ВІЛ-інфекцією країн ЮНЕЙДС запропонований підхід стосовно прискорення заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Ним рекомендується концентрувати ресурси у сферах, що забезпечать найкращий тривалий профілактичний ефект. Крім того, підкреслюється важливість максимального охоплення людей, які живуть з ВІЛ, медичними послугами як ключового фактору у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції (36).

1.2 Аналіз розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні

Історія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні розпочалась з інформації в журналі MMWR (1981р.) про нову хворобу, яка за думкою керівництва міністерства охорони здоров'я СРСР, не мала соціального підґрунтя для поширення в країні і не являла собою епідемічної небезпеки. Загострення епідемічної ситуації в світі змусило звернути увагу на можливість появи хвороби в республіках СРСР і в 1987 р. було прийнято рішення про запровадження обстеження населення на антитіла до ВІЛ, передусім, це стосувалось іноземців та осіб, які довгий час перебували за кордоном. Проводити дослідження було доручено науковцям лабораторії загальної вірусології Київського науково-дослідного інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського МОЗ УРСР. Вже в перший рік роботи були виявлені ВІЛ-інфіковані особи, що стало поштовхом до розвитку епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією/ СНІДом та створення служби СНІДу в Українській РСР. Впродовж 1987-1993 років захворюваність на ВІЛ-інфекцію та СНІД в Україні носила спорадичний характер, ВІЛ

поширювався переважно статевим шляхом. Проте, починаючи з 1994р., у зв'язку з ростом ін'єкційної наркоманії, в епідемічний процес включився новий, більш швидкий шлях інфікування ВІЛ: через спільний шприц та забруднений кров'ю хворих наркотик, так звану «ширку». Захворюваність різко зросла і поширення ВІЛ набуло характеру епідемії, яка швидко поширилась на всі регіони країни і триває вже 30 років (5).

В Україні епідемія ВІЛ-інфекції є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та має найвищі темпи поширення, найтяжчі медико-соціальні та економічні наслідки з виходом в загальне середовище (6). Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні відбувається в умовах соціально-економічної та демографічної кризи, якій притаманні особливості, що впливають на підвищення сприйнятливості та уразливості населення до ВІЛ-інфекції. При цьому руйнівний вплив епідемії ВІЛ-інфекції на демографічний потенціал країни може мати незворотні медико-демографічні наслідки (31).

За період 1987- січень 2019 рр. (без урахування даних АР Крим з 2014 року та частини території проведення антитерористичної операції з 2015 року) в Україні офіційно зареєстровано 335 111 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 111 706 випадків захворювання на СНІД та 48 697 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом (25).

Протягом всього періоду епідеміологічного спостереження за ВІЛ-інфекцією до епідемічного процесу поступово залучалися нові території, різні версти населення, вікові групи. Ретроспективний епідеміологічної аналіз захворюваності на ВІЛ-інфекцію за весь період епідеміологічного спостереження дає змогу виділити умовно п'ять основних етапи еволюції ЕП ВІЛ-інфекції в Україні, які відрізнялися кількісними та якісними параметрами ЕП і, перш за все, інтенсивністю та домінуючими шляхами передачі збудника.

Перший етап розвитку ЕП ВІЛ-інфекції – 1987-1994 рр. почався з моменту реєстрації першого випадку ВІЛ-інфекції в країні у 1987 р. та характеризувався повільним накопиченням кількості хворих на ВІЛ-інфекцію – 30-40 осіб щорічно. На тлі проведених 32,5 млн. тестувань на наявність антитіл до ВІЛ в

Україні було виявлено тільки 398 ВІЛ-інфікованих осіб, з них – 183 громадянина України та 215 іноземців, переважно громадян африканських країн.

У віковій структурі переважали ВІЛ-позитивні особи 20-39 років (72,5%). Співвідношення жінок та чоловіків було, практично, однаковим. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію залишався на низькому рівні – у межах 0,01-0,08 на 100 тис. населення. Основним шляхом інфікування ВІЛ громадян України був статевий (78,1%), переважно гетеросексуальний.

Другий етап розвитку ЕП ВІЛ-інфекції – 1995-1998 рр. пов'язаний зі спалахом епідемії ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, що призвело до активізації штучного парентерального шляху передачі збудника та стрімкого зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію – з 0,2 у 1995 р. до 9,0 у 1998 р. (на 100 тис. населення).

За цей період, відмічена тенденція до зниження питомої ваги статевого шляху передачі ВІЛ – з 22,2 до 16,2%. Частка ВІЛ-інфікованих ЛВІН від загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції складала 68,5% у 1995 р., 83,6% у 1997 р. і 76,0% у 1998 р. Співвідношення ВІЛ-інфікованих чоловіків та жінок, які були ЛВІН, дорівнювало 4:1.

Третій етап розвитку ЕП ВІЛ-інфекції – 1999-2007 рр. характеризувався подальшим збільшенням нових випадків інфікування ВІЛ, кількості хворих та померлих від СНІДу. У 2008р. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію досяг 38,0 на 100 тис. населення, захворюваності на СНІД – 9,8 на 100 тис. населення, смертності від СНІДу – 5,4 на 100 тис. населення. У даний період найбільш актуальним та небезпечним залишався парентеральний шлях передачі ВІЛ при вживанні ін'єкційних наркотиків. На його долю припадало від 64,7% (1999 р.) до 40,1% (2008 р.) нових випадків інфікування ВІЛ. Крім того, протягом третього етапу ЕП спостерігалося зростання частки статевого шляху передачі ВІЛ – з 22,7 до 38,4% та дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками – з 9,0 до 19,4%. Підтвердженням активізації статевого шляху було зростання протягом 1999-2007 рр. показників інфікованості ВІЛ серед осіб, які мали незахищені сексуальні контакти з ВІЛ-позитивними особами, – з 8,32 до 18,71% та серед осіб

з інфекціями, що передаються статевим шляхом (далі – ІПСШ),– з 0,63 до 1,50%. Відповідно кількісним критеріями ВООЗ та ЮНЕЙДС епідемія ВІЛ-інфекції в Україні у третьому етапі ЕП знаходилася в концентрованій стадії, тобто «поширеність ВІЛ стійко перевищувала 5%, як мінімум, в одній з уразливих груп населення». За результатами дозорних епідеміологічних досліджень 1999 і 2007 років поширеність ВІЛ (медіанна) серед ЛВІН зросла з 11,6 до 41,4%, серед СП – з 9,8 до 28,0%. Показник поширеності ВІЛ серед ЧСЧ у 2007 р. дорівнював 16,0%.

Четвертий етап розвитку ЕП ВІЛ-інфекції – 2008-2013 рр. У 2008 р. відбулася зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ – питома вага статевого шляху передачі стала більшою ніж штучного парентерального, при введенні наркотичних препаратів, та складала у 2013 році в структурі шляхів передачі ВІЛ 65,7% (з урахуванням частоти передачі ВІЛ від матері до дитини). У цей період спостерігалося поступове зростання показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію – з 40,9 до 47,6 на 100 тис. населення, але його темп приросту постійно знижувався: з +7,6% до -1,6% у 2012. У 2013 темп приросту показника зріс до 4,6%.

Протягом 2008-2013 рр. частка чоловіків перевищувала долю жінок, як серед нових випадків. ВІЛ-інфекції (55-58%), так й серед нових випадків СНІДу (64-71%). Зростання кількості офіційно зареєстрованих осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції в основному відбувалося за рахунок чоловіків, які частіше ніж жінки залучались у епідемічний процес протягом другого та третього періоду розвитку ЕП.

П’ятий етап розвитку ЕП ВІЛ-інфекції – 2014 – 2018 рр. У 2014 році з початком анексії АР Крим, м. Севастополь та окупації частини Донецької та Луганської областей значний обсяг статистичної інформації, яка надходила з цих територій став недоступним. Відбулися значні зміни у складі та кількості населення підконтрольних та непідконтрольних уряду територій Донецької та Луганської областей. Проте об’єктивної офіційної інформації про демографічну ситуацію на цих територіях наразі не існує. Це негативно вплинуло на розрахунки

основних показників епідемії як в цілому по країні, так і окремо по кожній з областей (20) .

Аналіз літературних та статистичних джерел вказує на те, що вперше з 2012 року і вдруге в історії України зафіксовано зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України у 2018 році було зареєстровано на 0,52 відсотка менше нових випадків ВІЛ, ніж у попередньому році. У 2012 році, темпи епідемії вже знижувалися – на 2 відсотка. Але з початком широкомасштабної гуманітарної кризи у 2013-2014 роках ситуація різко погіршилася. А після втрати контролю над частиною території країни було неможливо порівнювати дані статистики з даними попередніх років. Починаючи з 2016 року в Україні почався новий статистичний відлік для оцінки темпів поширення епідемії ВІЛ/СНІДу (32). У 2018 році вперше у житті діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений 15 749 особам, показник захворюваності становив 40,8 на 100 тис. населення. Показник охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних людей з числа вперше виявлених осіб має тенденцію до зростання і за останні 5 років збільшився з 68% до 79,1%.

На початок 2019 року під медичним наглядом на підконтрольних Уряду України територіях перебувало 137 176 ВІЛ-позитивних громадян України – 356,4 на 100 тис. населення та 4 885 дітей з невизначеним ВІЛ-статусом (2).

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні сконцентрована у містах. У 2018 році 76,7% виявлених випадків ВІЛінфекції було зареєстровано серед міського населення (47,1 на 100 тис. населення) та 23,3% – серед сільського (28,4 на 100 тис. населення) (3).

У статевій структурі нових випадків ВІЛ-інфекції відмічається поступове зростання частки чоловіків, яка у 2018 році складала 61%. За останні 10 років рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед чоловіків зріс з 43,4 до 53,7 на 100 тис. населення за даними реєстрації випадків, серед жінок – з 28,7 до 29,8 на 100 тис. населення відповідно. Фактично на кожні 3 зареєстрованих випадки ВІЛ-інфекції серед чоловіків припадає 2 випадки серед жінок.

У віковій структурі нових випадків ВІЛ-інфекції, як і раніше, переважає група 25–49 років, на яку у 2018 році припадає 84,7% серед взятих під медичний нагляд ЛЖВ; частка осіб віком 15–24 роки становить 4,8%, віком 50 років і старше – 14,8%. Впродовж останніх 10 років частка нових випадків серед молодих жінок 15–24 років знизилась з 23,6% до 6,7%, серед молодих чоловіків – з 7,3% до 3,6%, відповідно. Протилежна тенденція спостерігалась по відношенню до старших вікових груп – частка нових випадків серед жінок 40 років збільшилась з 17,6% у 2009 році до 44% у 2018 році, серед чоловіків – з 24,2% до 43,6%, відповідно. Зміни у віковій структурі можуть свідчити, з одного боку, про «старіння» епідемії ВІЛ-інфекції, з іншого боку, підтверджують тенденцію пізнього звернення ВІЛ-позитивних людей до медичного закладу, тобто переважна частина осіб старше 40–50 років, які відносяться до так званих «нових випадків ВІЛ-інфекції», була інфікована декілька років тому.

У структурі шляхів передачі ВІЛ (з урахуванням показника частоти передачі ВІЛ від матері) переважає статевий шлях інфікування, який у 2018 році становив 75,4%. Питома вага гетеросексуального шляху невпинно зростає та у 2018 році становила 72,2% серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції). В тім, існує вірогідність того, що певна кількість ВІЛ-позитивних людей намагаються приховати факти про їх ризиковану поведінку, що пов’язана з ін’єкційним вживанням наркотичних речовин, чи належність до ЧСЧ.

За даними офіційної реєстрації питома вага випадків інфікування внаслідок вживання ін’єкційних наркотиків поступово зменшується і становить у 2018 році 24,0%, хоча актуальність даного шляху передачі ВІЛ залишається високою. Причинами для епідеміологічної настороги є перш за все високий ступінь ризику інфікування внаслідок особливостей вживання ін’єкційних наркотичних речовин, складнощі у залученні ЛВІН до профілактичних програм, а також найвищій, порівняно з іншими КГ, рівень поширеності ВІЛ за даними останнього ІБПД: у середньому 22,6% з коливанням значень від мінімального 0,8% в Ужгороді до 43,7% у Чернігові. Більшою відносно інших регіонів України була частка ЛВІН серед нових випадків ВІЛ-інфекції у Харківській (35,6%), Київській

(35,4%), Львівській (27,8%), Черкаській (27,6%) областях та м. Київ (27,0%). У 8 областях (Донецька, Закарпатська, Львівська, Рівненська, Сумська, Харківська, Черкаська) має місце збільшення порівняно з 2017 роком кількості ЛВІН з вперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (4)

Поступово продовжує набувати епідемічну значимість група ЧСЧ. Частка чоловіків, які інфікувалися ВІЛ внаслідок сексуальних контактів з чоловіками, набуває тенденції до збільшення і зросла за останні 5 років вдвічі: з 1,8% до 3,2%. Причому, кожен 2-й чоловік з гомосексуальним шляхом інфікування (серед 506 зареєстрованих у 2018 році) був виявлений та направлений до ЗОЗ соціальними працівниками НУО. Загалом за останні 10 років кількість вперше зареєстрованих ВІЛ-позитивних ЧСЧ збільшилась більше, ніж у 5 разів (з 94 до 506 осіб), що перш за все обумовлено покращенням доступу ЧСЧ до ПТВ та профілактичних програм в цілому. Через високий рівень стигматизації ЧСЧ у суспільстві, існує суттєвий недолік у ідентифікації гомосексуального шляху передачі серед чоловіків, які при встановленні діагнозу ВІЛ-інфекції найчастіше вказують в якості ймовірного ризику інфікування ВІЛ статеві контакти з жінками.

Впродовж останніх 10 років в Україні відбувається поступове зниження кількості виявлених випадків ВІЛ-інфекції з піком у 2014–2015 роках у зв’язку з відсутністю статистичних даних тимчасово окупованих територій АР Крим, м. Севастополь та непідконтрольних українському уряду територій Донецької та Луганської областей. Однак після 2015 року ситуація почала змінюватися: збільшилась кількість зареєстрованих випадків (на 21% у 2018 році порівняно з 2015 роком), що відповідно позначилось на зростанні показника зареєстрованої захворюваності з 37,0 до 40,8 на 100 тис. населення у 2018 році з темпом приросту відносно попереднього року +0,5.

Показник охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних людей з числа вперше виявлених осіб має тенденцію до зростання і за останні 5 років збільшився з 68%до 79,1%.

Впродовж 2018 року з диспансерного обліку було знято 2419 дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, з остаточним ВІЛ-негативним

статусом. З числа дорослих пацієнтів знято з обліку 17 280 ЛЖВ, зокрема: 6761 (39,1%) - у зв'язку зі смертю незалежно від причини смерті; 3 759 (21,8%) - у зв'язку зі зміною місця проживання; 6 760 (39,1%) - з інших причин. Серед пацієнтів, які були зняті з обліку «з інших причин», 80% (5 407 осіб) не перебували під медичним наглядом понад 5 років; 2,7% (180 осіб) відмовились від подальшого медичного нагляду; 10 осіб (0,1%) – через хибнопозитивні результати тестування на ВІЛ. Крім того, завдяки запровадженню бази даних МІС - ВІЛ, були виявлені 1 163 (17,2%) випадки дублювання реєстрації ЛЖВ у ЗОЗ (22).

Своєчасність діагностики ВІЛ-інфекції, як і ранній початок АРТ, ступінь прихильності до лікування та наявність супроводу – все це є вагомими чинниками, що впливають на рівень смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ. Померло за рік від СНІДу 3 448 хворих (8,9 на 100 тис. населення; темп приросту у порівнянні з показником 2009 року становить +27%). Найвищі рівні смертності від СНІДу на 100 тис. населення зареєстровано у Дніпропетровській (26,7), Одеській (21,1), Миколаївській (13,7) та Кіровоградській (12,3) областях, найменшій показники – у Закарпатській (0,9), Тернопільській (0,9), Івано-Франківській (2,4) та Рівненській (2,6) областях (21).

Впродовж 2018 року загалом померло 6 761 ВІЛ-позитивних осіб, з них у 52,5% (3 548) осіб причина смерті була безпосередньо пов'язана з ВІЛ-інфекцією, 47,5% осіб померлі або від інших захворювань (2 167 осіб) або від інших причин (388 осіб) або причина смерті не встановлена (658 осіб) (24). У 2018 році серед загальної кількості ВІЛ-позитивних померлих збільшилась частка ЛВІН з 36,7% до 40,4% порівняно з 2017 роком (23).

Багаторічні епідеміологічні спостереження свідчать про виражену територіальну нерівномірність поширення ВІЛ в Україні (8). Така ситація може бути пов'язана з регіональними проявами епідемічного процесу (КГ, домінуючі шляхи передачі збудника, соціальні фактори, тощо), та з практикою тестування на місцях (залучення та повнота охоплення обстеженнями певних КГ). В областях, де охоплення серологічними обстеженнями залишається недостатнім,

особливо осіб з КГ, зареєстрована кількість випадків ВІЛ-інфекції нижча за реальну.

Через скорочення програм по боротьбі зі СНІДом У 2013-2017 роках темпи епідемії знову почали зростати. За оцінкою експертів з 2014 року епідемічна ситуація у нашій країні стрімко погіршувалася. Один з основних індикаторів, за якими відслідковується розвиток епідемії, – це кількість нових випадків ВІЛ-інфекції. За 2017 рік цей показник виріс на 6,6 відсотка у порівнянні з 2016 роком – це відповідає динаміці епідемії, якою вона була близько 10 років тому. У 2018 році вперше було зафіксовано зниження темпів епідемії (на 0,52 відсотка) вже на новій статистичній базі – без урахування даних з Криму та непідконтрольних Україні районів Донецької та Луганської областей (11).

1.3 Про необхідність подальших досліджень

Проведений аналітичний огляд наукової літератури показав проблеми пов’язані з розповсюдженням ВІЛ/СНІДу у світі. Україна займає одне з провідних місць у Європі з високим рівнем поширення цієї хвороби. Аналіз офіційних даних щодо поширення ВІЛ-інфекції в нашій державі свідчить, що епідемія триває в усіх регіонах України. Проте, ВІЛ-інфекція поширена нерівномірно. Південні та східні регіони країни найбільш уражені епідемією, в тому числі й Херсонська область.

Все вище зазначене визначає доцільність проведення наукового дослідження з питань стану захворювання на ВІЛ/СНІД у Херсонській області.

РОЗДІЛ 2

Власні дослідження

2.1 Мета і завдання дослідження

Мета дослідження: довести важливість проблеми захворюваності населення Херсонської області на ВІЛ/СНІД та вплив інфекції на якість життя. **Завдання дослідження:**

1. Дати визначення понять «ВІЛ», «СНІД» та описати їх значення в здоров`ї населення.
2. Узагальнити теоретичний та практичний досвід з проблеми СНІДу серед людства.
3. Поінформувати про шляхи подолання ВІЛ інфекції.

Об`єкт дослідження: населення Херсонської області.

Предмет дослідження: особливості зараження, протікання, наслідки та боротьба з ВІЛ.

Гіпотеза: якщо інформувати людство про шляхи зараження інфекцією, то зменшиться кількість хворих на СНІД.

Методи наукових досліджень: аналіз і узагальнення науково-методичної роботи.

Для досягнення мети нашого дослідження потрібно було розробити спеціальну програму. Виконання програми було заплановано у декілька етапів, що забезпечило комплексність дослідження та можливість отримання достовірної інформації для оцінки стану об’єкту дослідження.

Програма включала наступні розділи:

- Вивчення проблеми дослідження, визначення об’єкту та предмету дослідження.
- Визначення мети та завдань дослідження.
- Розробка інструментарію дослідження.
- Збір інформації.
- Статистична обробка та аналіз отриманих результатів.
- Комплексний аналіз отриманих результатів.
- Формування висновків та практичних рекомендацій.

Першим етапом нашого дослідження стало вивчення даних літературних джерел про розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу у світі. Оскільки, Україна займає

провідне місце у європейському регіоні щодо поширення даної інфекції, нами опрацьовано інформацію вітчизняних авторів щодо даної проблеми. Вивчили досвід провідних країн світу та України з організації протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу, а також вплив інфекції на якість життя.

Дослідження проводилося за допомогою бібліосемантичного методу.

На другому етапі ми вибрали вектор дослідження, визначили мету та завдання дослідження, об'єкт та предмет дослідження, обґрунтування його методів та обсягу. Результати аналізу наукової літератури та наукових розробок останніх часів з організації медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу стали фундаментом під час вибору напрямку дослідження та визначення його мети.

Третій організаційний етап був особливо відповідальним. Адже, його ціллю було вивчення та проведення детального аналізу показників захворюваності населення Херсонської області на ВІЛ-інфекцію та організацію медичної допомоги у регіоні.

2.2 Матеріали та методи дослідження

Всесвітня Організація охорони здоров'я (ВООЗ) в якості основного критерію при оцінці стану здоров'я населення рекомендує використовувати поширеність інфекційних хвороб, в тому числі ВІЛ-інфекції. Нами вивчалося питання поширеності ВІЛ-інфекції у Херсонській області за даними сероепідеміологічного моніторингу (СЕМ). Сероепідеміологічний моніторинг за поширенням ВІЛ є важливою складовою епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

Інформаційним джерелом для проведення аналізу стали:

- Керівні документи щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні.
- Статистичні дані ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» - Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні».

- Статистичні дані Головного управління статистики у Херсонській області, моніторингу епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції та інших соціально небезпечних хвороб Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом.
- Оціночні дані програми Spectrum щодо кількості ЛЖВ у Херсонській області та результати моделювання епідемії ВІЛ у Херсонській області.
- Матеріали засідань обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.
- Звітні документи Херсонської міської організації «Асоціація 21 століття».
- Матеріали Херсонського обласного благодійного фонду «Мангуст».

2.3 Географічна, демографічна та економічна характеристика Херсонської області

Херсонщина – область на півдні України, що розташована у Причорноморській низині, у степовій зоні по нижній течії Дніпра. Область межує на сході із Запорізькою областю, на півдні, по Сивашу та Перекопському перешийку, - з Автономною Республікою Крим, на північному заході – з Миколаївською, на півночі – з Дніпропетровською областю.

Головною відмінністю економіко-географічного розташування області є її прикордонне та приморське розташування, широкий вихід в Азовсько-Чорноморський басейн та Дніпровську річкову магістраль.

Площа Херсонської області – 28,5 тис. кВ км., що становить 4,7% території України.) (**Рис. 2.3.1.).**

Рисунок 2.3.1. Адміністративна карта Херсонської області



Кількість адміністративних районів - 18: Бериславський, Білозерський, Великолепетиський, Великоолександрівський, Верхньорогачицький, Високопільський, Генічеський, Голопристанський, Горностаївський, Іванівський, Каланчацький, Каховський, Нижньосірогозький, Нововоронцовський, Новотроїцький, Скадовський, Олешківський, Чаплинський.

В області 9 міст, з яких 4 - обласного значення (м.Херсон, Гола Пристань, Нова Каховка та Каховка) і 5 районного підпорядкування (Берислав, Генічеськ, Скадовськ, Таврийськ, Олешки), 31 селище міського типу, 658 сільських населених пунктів, 234 сільських ради та 30 об'єднаних територіальних громад. Чисельність наявного населення на 01.01.2020 року становила 1027,9 тис. осіб. (**Табл. 2.3.1).**

Обласним центром Херсонської області є місто Херсон, який засновано 18 червня 1778 року. Місто розташоване на правому високому березі Дніпра, має площу 145 км2. Адміністративно місто поділяється на три райони: Суворовський район, що вважають найстарішим районом міста, своєрідною історичною

пам’яткою; Корабельний район, що включає п’ять мікрорайонів, та Дніпровський район, у межах якого виокремлюють шість мікрорайонів.

Таблиця 2.3.1 Чисельність населення (за оцінкою) на 1 січня 2019 року та середня чисельність у 2018 році

	Наявне населення		**Постійне населення**	
	на 1 січня 2019 року	**середня чисельність у 2018 році**	**на 1 січня 2019 року**	**середня чисельність у 2018 році**
Херсонська область	1037640	1042310	1036208	1040878
м. Херсон (міськрада)	326964	328198	322420	323654
м. Гола Пристань (міськрада)	14282	14374	14175	14267
м. Каховка	35983	36120	35936	36073
м. Нова Каховка (міськрада)	66444	66679	67298	67533
райони				
Бериславський	46549	46549	46648	46973
Білозерський	65257	65524	65322	65589
Великолепетиський	16184	16294	16335	16445
Великоолександрівський	24956	25142	25127	25313
Верхньорогачицький	11438	11538	11463	11563
Високопільський	14461	14642	14520	14701
Генічеський	58624	58841	58652	58869
Голопристанський	45027	45142	45010	45125
Горностаївський	19239	19354	19389	19504
Іванівський	13370	13500	13490	13620
Каланчацький	21216	21282	21415	21481

Каховський	34991	35213	35427	35649
Нижньосірогозький	15344	15468	15482	15606
Нововоронцовський	20594	20750	21142	21298
Новотроїцький	35083	35153	35216	35286
Олешківський	70533	70757	70624	70848
Скадовський	46588	46825	46434	46671
Чаплинський	34513	34640	34683	34810

Херсонська область та місто Херсон мають вагомий потенціал для розвитку сільського господарства, харчової та легкої промисловості, розвитку машинобудування та промислового виробництва.

Але, політична нестабільність, загальне ускладнення соціально-економічної ситуації у державі, дефіцит фінансування та інвестицій, збройний конфлікт на Сході країни провокують зростання рівня безробіття, погіршення показників природного руху населення та ін. Нестабільність соціально-економічної ситуації вимагає розробки та впровадження спеціальних програм та заходів, які будуть спрямовані на ефективний розподіл ресурсів для оптимізації витрат на забезпечення сталого надання ВІЛ-послуг як загальному, так і представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

2.4 Захворюваність та смертність, зумовлені ВІЛ/СНІД

Станом на 01.01.2019 року на обліку в лікувально-профілактичних закладах області знаходилося 4290 ВІЛ-інфікованих із встановленим клінічним діагнозом (проти 4463 станом на 01.01.2018 року), з них 234 дитини (проти 260 дітей за 2017 рік), які народжені ВІЛ-інфікованими матерями. Із заключним діагнозом ВІЛ інфекція 101 дитина (з них 4 інфікувались іншім шляхом) проти 104 та 7 дітей відповідно у 2017 році. Хворих на СНІД 1100 осіб, з них 14 дітей (за 2017 рік – 1044 хворих на СНІД, з них 16 дітей.

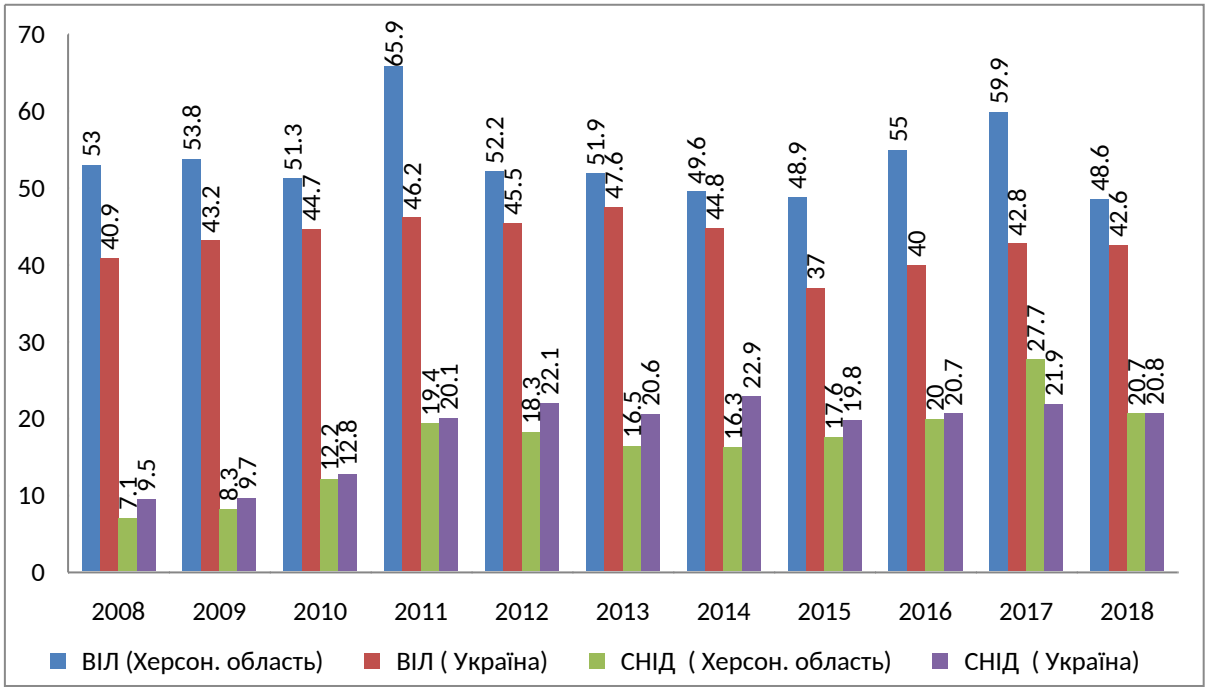
За 2018 рік у Херсонській області темпи захворюваності на ВІЛ-інфекцію зменшились на 19,2% у порівнянні з 2017 роком та спостерігається зменшення захворюваності на СНІД (на 36,1%).

За весь період 1987-2018 роки в Херсонській області офіційно зареєстровано 9053 випадків ВІЛ-інфекції серед мешканців області, у тому числі 2446 випадків СНІДу та 672 померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ.

2.4.1 Реєстрація нових випадків ВІЛ-інфекції

Під час взяття пацієнта під медичний нагляд у центрі СНІДу або кабінеті «Довіра» служба СНІДу реєструє новий випадок ВІЛ-інфекції. Вперше діагностовано ВІЛ-інфекцію у 508 осіб, у тому числі 216 випадків СНІДу (за 2017 рік – 634 та 293 відповідно), показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. населення складали 48,6 проти 59,9 (Україна – 42,6) та СНІДу – 20,7 проти 27,7 (Україна – 20,8) (**Рис. 2.4.1.1.).**

Рисунок 2.4.1.1. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію/СНІД по Херсонській області (на 100 тис. населення)



Захворюваність на ВІЛ-інфекцію перевищує середньообласний показник у Великолепетиському районі (115,0 на 100 тис. населення), місті Нова Каховка (76,7), Білозерському (59,2), Бериславському (55,0), Голопристанському (50,3), Корабельному районі міста Херсона (58,6). Показник захворюваності на СНІД на 100 тис. населення перевищує обласний показник (20,7) у Високопільському районі (47,0), місті Нова Каховка (28,0), Корабельному районі міста Херсон (25,8), Великолепетиському (24,2), Олешківському (22,5), Білозерському(21,3) районах.

2.4.2 Смертність від причин, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією

Основним негативним наслідком ВІЛ-інфекції/СНІДу є її вплив на демографічну ситуацію. Це визвано високим рівнем смертності населення з причин пов'язаних з ВІЛ/СНІДом.

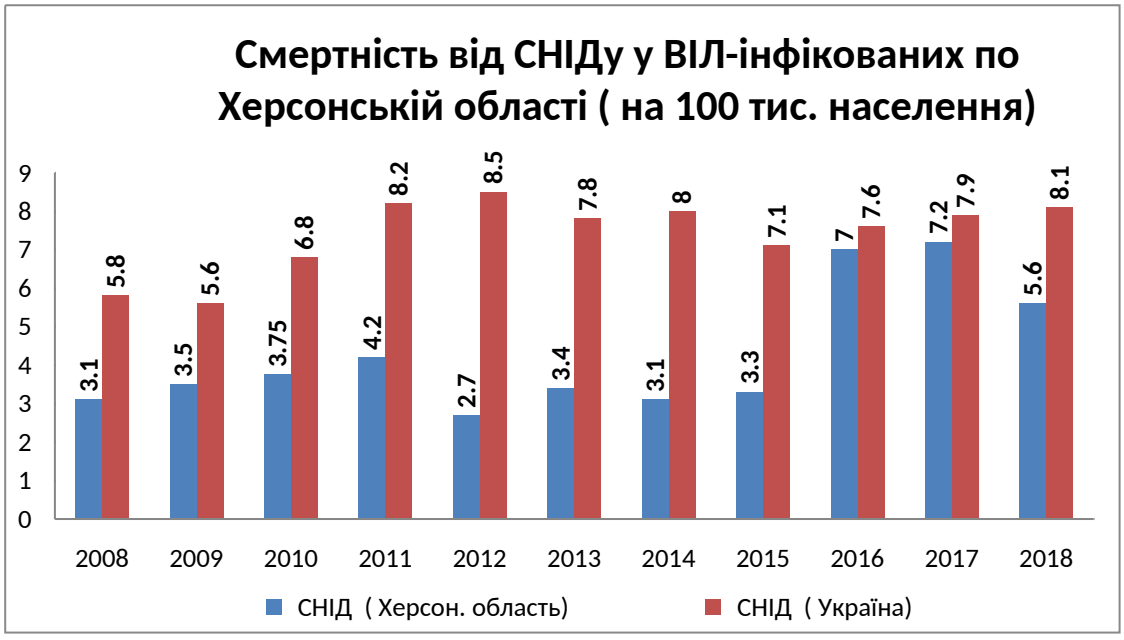
Пізнє встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, захворюваність на СНІД та смертність від хвороб, зумовлених СНІДом, залишаються проблемою на шляху подолання епідемії ВІЛ-інфекції

Основним негативним наслідком ВІЛ-інфекції/СНІДу є її вплив на демографічну ситуацію. Це визвано високим рівнем смертності населення з причин пов'язаних з ВІЛ/СНІДом.

Пізнє встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, захворюваність на СНІД та смертність від хвороб, зумовлених СНІДом, залишаються проблемою на шляху подолання епідемії ВІЛ-інфекції

За 2018 рік показник смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, в області зменшився на 22,2% і становить 5,6 на 100 тис. населення проти 7,2 у 2017 році (померло 58 хворих проти 76), показник по Україні за 2018 рік – 8,1 Нами були вивчені та проаналізовані показники смертності населення в наслідок ВІЛ/СНІДу. Отримані результати показані на рис. **2.4.2.1.**

Рисунок 2.4.2.1 Смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ, по Херсонській області (на 100 тис. населення)



Найвищі показники смертності від хвороб, що зумовлені ВІЛ, на 100 тис. населення зареєстровано у Високопільському (26,85), Корабельному районі м. Херсона (11,2), Олешківському (7,03), Голопристанському (6,7),

Білозерському (6,07), Великолепетиському (6,02) районах, м. Нова Каховка (5,9) (**Табл.) 2.4.2.1.**

Таблиця 2.4.2.1 Смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ, в розрізі районів за 2018 рік

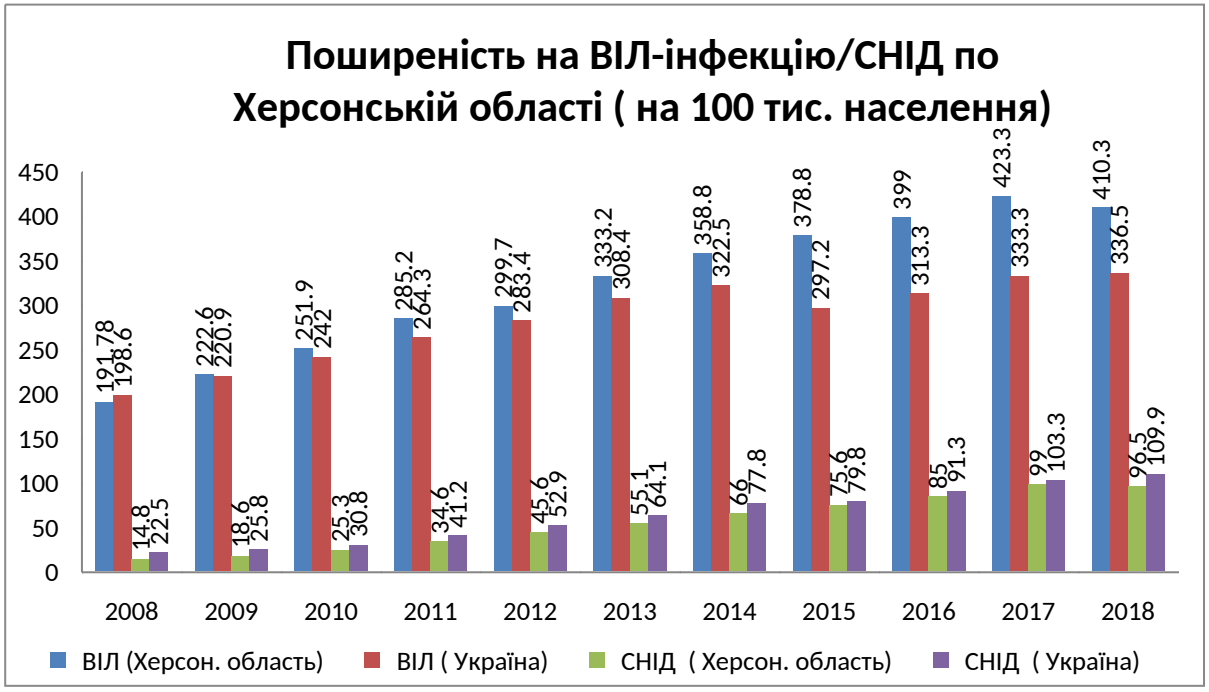
Райони	Кількість померлих	Показник на 100 тис.нас.
Білозерський	**4**	**6,07**
Бериславський	1	2,11
Великоолександрівський	1	3,92
Великолепетиський	**1**	**6,02**
Верхньорогачицький	0	0,00
Високопільський	**4**	**26,85**
Генічеський	2	3,38
Голопристанський	**4**	**6,71**
Горностаївський	1	5,10
Іванівський	0	0,00
Каланчацький	0	0,00
Каховський	4	5,55
Нижньосірогозький	0	0,00
Нововоронцовський	0	0,00
Новотроїцький	0	0,00
Скадовський	1	2,13
Олешківський	**5**	**7,03**
Чаплинський	**2**	**5,73**
м.Нова Каховка	**4**	**5,90**
Дніпровський	3	3,39
Корабельний	**13**	**11,20**
Суворовський	3	2,50
м.Херсон	**19**	**5,85**
Херсонська обл..	**58**	5,55

2.4.3 Поширеність ВІЛ-інфекції (зареєстровані випадки)

В цілому показник поширеності ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення за звітний період (410,3) нижче показника за 2017 рік (423,3), темп приросту -3,1%. Найбільші показники поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровано у місті Нова Каховка (870,6), Великолепетиському (670,5), Великоолександрів-

ському (447,1), Каховському (439,8) та Олешківському (432,0) районах **(Рис. 2.4.3.1)**

Рисунок 2.4.3.1 Поширеність ВІЛ-інфекції/СНІДу по Херсонській області (на 100 тис. населення)



Аналіз наведених даних вказує на те, що показник поширеності СНІДу на 100 тис. населення області за звітний період складає 96,5 проти 99,0 у 2017 році, темп приросту - 2,5%. Найвищі показники поширеності СНІДу зареєстровано м. Нова Каховка (240,5), у Горностаївському (158), Великолепетиському (145), Каховському (136,5) та Олешківському (122,4) районах**.**

Наступним кроком дослідження було вивчення захворюваності населення Херсонської області на ВІЛ/СНІД за період 2015-2018рр. Отримані результати були зібрані, систематизовані та відображені на таблиці (Табл. 2.4.3.1).

Таблиця 2.4.3.1 Основні статистичні показники по ВІЛ-інфекції/СНІДу

по Херсонській області за 2015-2018 роки

Показники	2015р.	2016р.	2017р.	2018р.	Україна на 01.01.19
Вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції (офіційна реєстрація)	521	583	634	508	18098
Захворюваність на ВІЛ на 100 тис. населення	48,9	55,0	59,9	48,6	42,6
Темп приросту (%;)	- 1,4%	+12,5%	+9,3%	-19,2%	
Вперше виявлених випадків СНІДу	187	212	293	216	8 835
Захворюваність на СНІД на 100 тис. населення	17,6	20,0	27,7	20,7	20,8
Темп приросту (%)	+8,0%	+14,0%	+39,0%	-36,1%	
Знаходиться на диспансерному обліку ВІЛ-інфікованих	4 021	4 214	4 463	4 290	142 061
Поширеність ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення	378,8	399,3	423,3	410,3	336,5
Знаходиться на диспансерному обліку хворих на СНІД	803	897	1 044	1 100	46 380
Поширеність СНІД на 100 тис. населення	75,6	85,0	99,0	96,5	109,9
Померло від СНІДу	35	74	76	58	3448
Смертність від СНІДу	3,3	7,0	7,2	5,6	8,1
Темп приросту (%)	+6,6%	+112,6%	+2,9%	-22,2%	
Взято на облік дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями	109	102	91	83	
Знаходиться на обліку дітей, народжених ВІЛ + матерями	289	285	264	234	
З них дітей із заключним діагнозом ВІЛ-інфекція	92	97	104 (88 дітей+ 16 підл.)	101	
у тому числі СНІД	16	16	16	14	
Знаходиться хворих на ВААРТ	1 852	2 250	2 576	3 087	102 000
У т. ч. дітей	89	93	99	97	
Показник передачі ВІЛ від матері до дитини за даними ІФА (%)	2,91%	2,08%			
ППМД за даними ПРЛ ДНК ВІЛ (%)	3,77%	3,96%	0		

Проведений аналіз соціально-демографічної характеристики пацієнтів показав, що по статевому розподілу серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції відмічається зростання питомої ваги жінок з 37,6% у 2007 році до 46,6% у 2018 році. Відповідно, питома вага ВІЛ-інфікованих чоловіків знизилась з 62,4% у 2007 році до 53,4% у 2018 році.

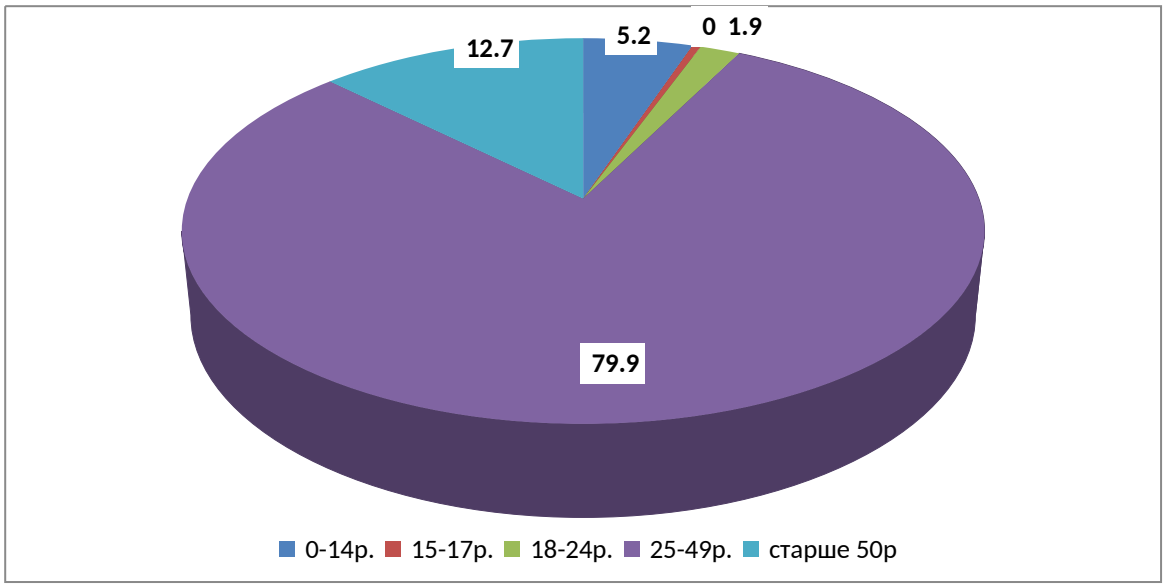
Щодо структури шляхів передачі ВІЛ серед уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, то за період з 2005 року в області спостерігається тенденція до подальшого зменшення питомої ваги парентерального шляху передачі (2005 рік – 54,1%, 2018рік – 21%), відповідно зростання частки статевого шляху передачі ВІЛ з 33,9% у 2005 році до 62,6% у 2018 році.

У 2018 році із загальної кількості тестувань на ВІЛ-інфекцію питома вага тестувань швидкими тестами відповідала минулорічному показнику та склала 20,2%. Питома вага обстежень уразливої групи населення знизилась з 25,3% у 2017 році до 16,9% у 2018 році з урахуванням обстеження ключових груп населення неурядовими організаціями.

Питома вага ВІЛ-інфікованих жителів села серед уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція за останні роки (до 2016 року) поступово збільшувалась: 2011 рік – 25,3%, 2016 – 34,9%, проте у 2017 та 2018 роках питома вага зменшилась до 31,9% та 32,4% відповідно.

У 2018 році найбільше представництво серед ВІЛ-інфікованих в області має вікова група 25-49 роки – 79,9%, особи старше 50 років – 12,7%, діти віком від 0 до 14 років – 5,2%, молодь віком 18-24 років – 1,9%, підлітки віком 15-17 років - 0,4% **(Рис. 2.4.3.2).**

Рисунок 2.4.3.2 Розподіл ВІЛ-інфікованих по віковим групам, Херсонська область, 2018р. (%)



2.4.4 Результати сероепідмоніторингу за поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення

У 2018 році в області на ВІЛ-інфекцію було протестовано 60 304 осіб, рівень поширеності ВІЛ становив 0,92% (2017р. – 1,01%, 2016р. – 1,0%, 2015р. - 0,92%, 2014р. - 1,1%) з урахуванням швидких тестів неурядових організацій. Найвищі рівні інфікованості ВІЛ у 2018 році за причинами обстеження відмічалися серед осіб, які мали гетеросексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами (код 101) – 5,27%, серед обстежених за клінічними показаннями (код 113) – 2,56%, серед осіб, які перебувають в місцях позбавлення волі (код 112) – 2,25%, серед споживачів ін'єкційних наркотиків (код 102) – 1,3%.

Хоча поширеність ВІЛ серед осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами (код 101) має тенденцію до зниження : 2013р. – 16,0%. 2014р. – 12,0%, 2015р. – 13,9%, 2016р. – 9,0%, 2017р. – 7,8%, 2018р. – 5,3%, все одно дана група має найвищий ризик інфікування ВІЛ. У 2018 році у порівнянні з 2017 роком збільшилась кількість тестувань по коду 101 з 656 до 683 та питома вага обстежень даної групи населення швидкими тестами зросла з 74,4% до 83,0% відповідно. Ефективність виявлення ВІЛ-інфекції за допомогою швидких тестів по коду 101 дорівнює 5,3%, при обстеженні методом ІФА – 5,1%. Залишається недостатнім обстеження статевих контактів з ВІЛ-інфікованими практично у всіх районах області.

За останні роки в області щорічно зростає частка тестувань осіб з груп ризику щодо інфікування ВІЛ, які відіграють вирішальну роль у визначенні подальшого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції. Питома вага обстежених на ВІЛ-інфекцію ключових груп населення (СІН, ОСБ, ЧСЧ, хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом) серед загальної кількості тестувань збільшилась з 12,4% у 2014 році до 16,9% у 2018 році. Треба сказати, що обстеження груп ризику на ВІЛ-інфекцію за кодами 102, 103, 105.2 проводяться переважно неурядовими організаціями за допомогою швидких тестів. Виявлені позитивні результати у звіт по сероепідмоніторингу не входять, тому що тестування НУО проводяться однією тест-системою. Позитивні результати, які виявлені НУО, входять до звіту по переадресації до ЗОЗ та взяття таких осіб під медичний нагляд, відповідно до листа ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» від 25.08.2015 №1277 «Щодо уточнення Алгоритму та звітності з переадресації осіб з ВІЛ-позитивними результатами від ГО до ЗОЗ служби СНІДу». Так, у 2018 році обстежено за кодом 102 (СІН) швидкими тестами 3556 осіб, виявлено 131 позитивних результатів (3,7%), з них підтверджено наявність антитіл до ВІЛ у 43 осіб (32,8%), взято під медичний нагляд 19 (44,2%), розпочали АРТ – 8 осіб. Швидкими тестами обстежено 566 чоловіків, що мають секс з чоловіками, позитивних результатів 4 особи. Обстежено

швидкими тестами 267 осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, виявлено 3 позитивних результатів, взято під медичний нагляд 1 особа.

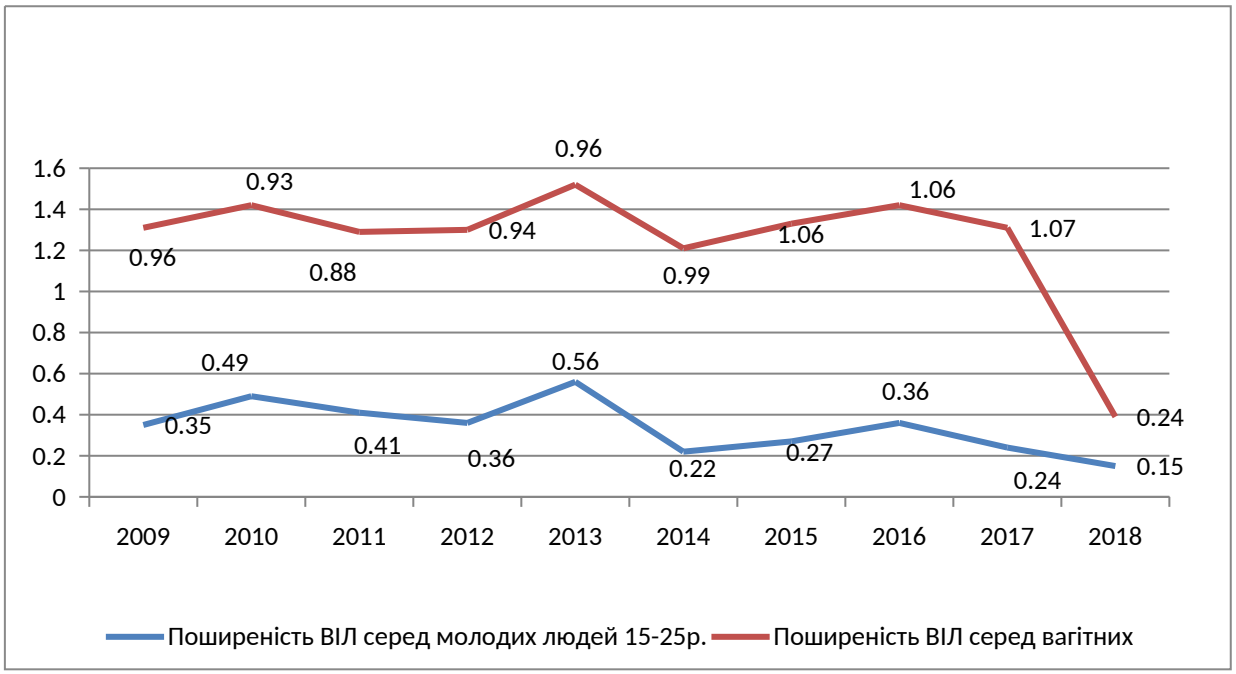
Щодо ситуації з результатами тестування осіб, серед яких виявлені хвороби, що передаються статевим шляхом (код 104), то кількість обстежень даної групи хворих за період 2013-2018 роки зменшилась майже удвічі з 1950 до 1007, що вказує на недостатній доступ до консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію уразливих до ВІЛ груп населення. Разом з цим рівень інфікованості ВІЛ за цим кодом щороку також поступово знижується (2013р. – 1,03%, 2016р. – 0,9%, 2017р. – 0,8%, 2018р. – 0,79%). Показник поширення ВІЛ-інфекції серед хворих з ІПСШ щорічно залишається нижче рівня даного показника серед населення області в цілому, що, на нашу думку, не відображає дійсного рівня інфікування даної групи населення, враховуючи щорічне зростання статевого шляху інфікування ВІЛ. Обстеження на ВІЛ-інфекцію у даних хворих через 3-6 місяців після встановлення діагнозу ІПСШ, з урахуванням «імунного вікна», не проводиться.

Поширеність ВІЛ-інфекції серед первинних донорів крові та її компонентів (код 108.1) за період 2013-2018рр. мала тенденцію до зниження з 0,27% до 0,15% відповідно. Виявлення ВІЛ-інфекції серед первинних донорів може вказувати на неякісне дотестове консультування, коли не виявляються ризики щодо інфікування ВІЛ та донори не відсторонюються від кроводачі. З іншого боку, при виявленні ВІЛ-інфекції серед первинних донорів, вся кров утилізується і не використовується. У 2018 році виявлено 1 випадок ВІЛ-інфекції серед кадрових донорів Генічеського району. Донор Д.С.Ю. здавав кров 24.01.2018 року як кадровий донор за кодом 108.2. За результатами обстеження в лабораторії обласного центру служби крові від 24.01.2018 року виявлені антитіла до ВІЛ. Наявність антитіл до ВІЛ підтверджено методом ІФА, від 08.02.2018 №70 у лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом. Д.С.Ю. зареєстровано, як повторний донор 02.08.2017 року. У 2017 році кроводача проводилась однократно 02.08.2017 року.

Із крові від кроводачі 02.08.2017 року була виготовлена еритроцитарна маса та свіжозаморожена плазма, які були списані за терміном придатності. Таким чином, інфікування через еритроцитарну масу не відбулося.

Поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних (Показник №5 Національного плану МіО) у Херсонській області у 2018 році складав 0,24%, коли було виявлено 22 ВІЛ-позитивних вагітних, обстежених первинно. За кодом 109-2 у 2018 році ВІЛ-інфекція була виявлена в 1 особи. Вагітна була дворазово обстежена у жіночій консультації з негативними результатами. Так як вагітна відноситься до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (ВІЛ-позитивний партнер) під час пологів вона пройшла третє обстеження за кодом 109-3 з використанням швидких тестів з позитивним результатом. Підтверджуючий аналіз на наявність антитіл до ВІЛ проведено в 2-х ІФА **(Рис. 2.4.4.1)**.

Рисунок 2.4.4.1 Поширеність ВІЛ-інфекції серед молодих людей віком 15-24 роки та серед вагітних по Херсонській області.



Велике значення в профілактиці передачі ВІЛ від матері до дитини має профілактика ВІЛ-інфекції статевим шляхом у вагітній в період вагітності, коли статеві контакти не захищені презервативом. Не зважаючи, що в нашій області впроваджено обстеження статевих партнерів вагітних жінок на ВІЛ-інфекцію з 2014 року, до теперішнього часу в ряді районів не виконується наказ МОЗ України від 02.07.2016 №655 «Про внесення змін до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» щодо обстеження на ВІЛ-інфекцію статевих партнерів вагітних жінок. За 2018 рік в області обстежено за кодом 109-1 (при взятті на облік по вагітності) 9271 жінок, обстежено їхні статеві партнери за кодом 117 – 4825 осіб, або 52,0% (2017р. – 55,5%), серед яких виявлено 18 осіб з позитивним результатом та які мають ВІЛ-негативних вагітних жінок, або 0,37% (2017 рік – 0,22%). Дані охоплення обстеженням на ВІЛ статевих партнерів вагітних жінок в розрізі районів представлені у наступній таблиці **(Табл. 2.4.4.1).**

Таблиця 2.4.4.1 Обстеження статевих партнерів вагітних жінок по жіночим консультаціям ЗОЗ області в розрізі районів за 2018 рік

Райони	Кількість обстежень вагітних жінок за кодом 109-1	Кількість обстежень статевих партнерів вагітних код 117	Охоплення обстеженням статевих партнерів (%)	Кількість виявлен. позитивних по коду 117	Ефективність виявлення по коду 117 (%)
Білозерський	356	171	**48,0**	2	**1,2**
Бериславський	389	146	**37,5**	-	-
Великоолександрівський	180	66	**36,7**	-	-
Великолепетиський	134	67	**50,0**	-	-
Верхньорогачицький	72	36	**50,0**	-	-
Високопільський	58	31	53,4	-	-
Генічеський	542	260	**48,0**	2	**0,77**
Голопристанський	388	154	**39,7**	1	**-**
Горностаївський	104	23	**22,1**	1	**4,35**
Іванівський	72	40	55,6	-	**-**
Каланчацький	158	71	**44,9**	-	**-**
Каховський	543	369	68,0	2	**0,54**
Нижньосірогозький	110	65	59,1	-	**-**
Нововоронцовський	124	45	**36,3**	-	**-**
Новотроїцький	263	172	65,4	-	**-**
Скадовський	320	225	70,3	-	**-**
Олешківський	694	438	63,1	-	**-**
Чаплинський	338	159	**47,0**	1	**0,63**
м.Нова Каховка	535	467	87,3	5	**1,1**
Дніпровський	850	374	**44,0**	1	0,27
Корабельний	1087	822	75,6	3	0,36
Пологовий будинок №1	1267	430	**33,9**	-	-
Інші заклади	687	194	28,23	-	-
Херсонська обл..	**9271**	**4825**	**52,0**	**18**	**0,37%**

У лікувально-профілактичних закладах області широко впроваджено виявлення ВІЛ-інфекції за допомогою швидких тестів. За 2018 рік в області проведено консультування та тестування швидкими тестами 12 046 мешканців області, виявлено 259 позитивних результатів (2,15%). Питома вага обстежень

швидкими тестами зросла з 16,8% у 2016 році до 20,0% у 2018 році та ефективність виявлення швидкими тестами (2,15%) виявилася більше ніж у 3 рази більшою, ніж методом ІФА (0,62%), що вказує на тестування швидкими тестами переважно осіб груп ризику.

2.4.5 Каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ в області, за 2018 рік

Світова політика в сфері протидії поширення ВІЛ-інфекції прагне до досягнення мети «90-90-90»: 90% людей, які живуть з ВІЛ, знають про свій ВІЛ-позитивний статус; 90% людей, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, знаходяться на лікуванні; 90% людей, які перебувають на лікуванні, мають невизначений рівень вірусного навантаження. У Херсонській області станом на 01.01.2019 р. дані показники не досягнені**.**

За результатами розрахунків у програмі Spectrum/EPP 5.5 оціночна чисельність ЛЖВ у Херсонській області становить 5700 осіб, що затверджено рішенням обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 06.04.2017 №1.

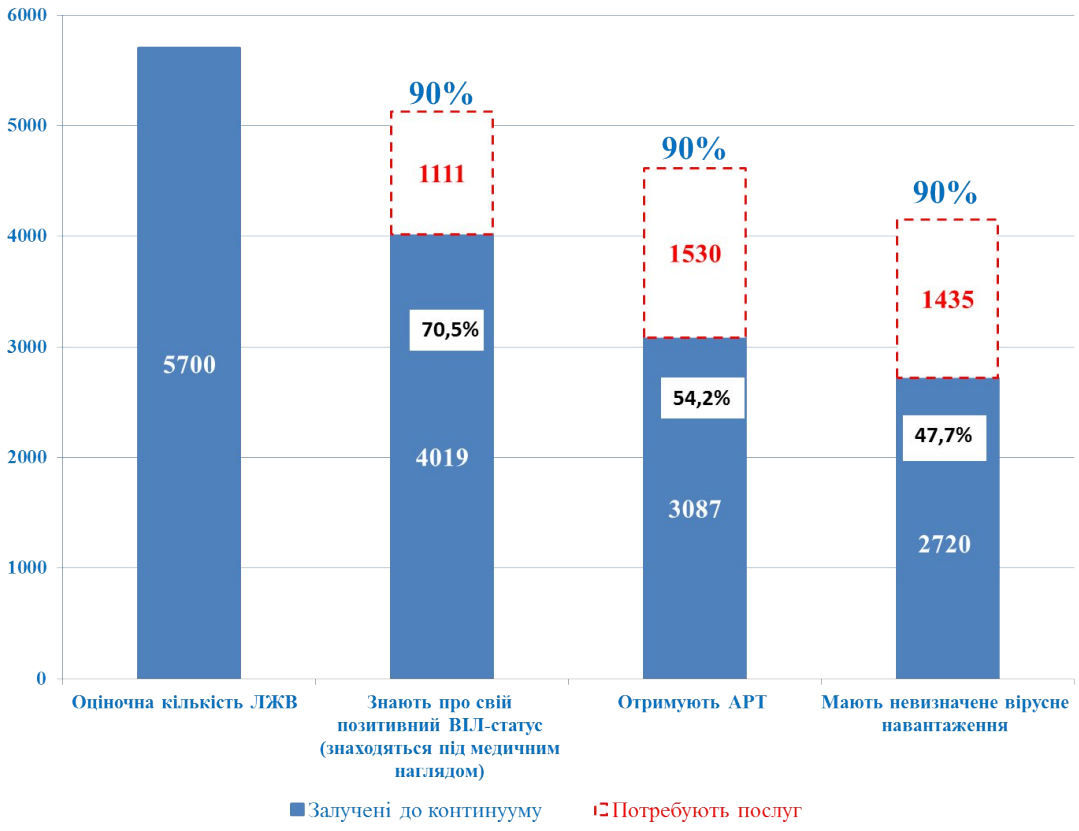
На каскаді станом на 01.01.2019 р. знають про свій позитивний статус та знаходяться під медичним спостереженням 4090 осіб віком 15+ (без урахування дітей, які знаходяться у стадії підтвердження діагнозу), що складає 70,5% від оціночної кількості ЛЖВ. Не довиявлено станом на 01.01.2019 року 1111 осіб. Для їхнього виявлення та взяття під медичний нагляд потрібно два роки. За цей час інфікується ВІЛ така ж кількість нових людей. Тому на теперішній час вкрай необхідно розширення тестування на ВІЛ більш широкого загалу людей, в першу чергу швидкими тестами на первинному рівні надання медичної допомоги, серед уразливих до ВІЛ груп населення.

Загальна кількість ЛЖВ, які отримують АРТ, станом на 01.01.2019 р., в Херсонській області становить 3087, що складає 54,2% від оціночної чисельності та 76,8% від кількості осіб диспансерної групи при рекомендованій Стратегії UNAIDS на 2016–2021 роки «На шляху прискорення

для подолання СНІДу» - 90%, що дасть можливість зупинити епідемію ВІЛ-інфекції в країні, попередити нові випадки інфікування ВІЛ, зменшити смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ, а людям із ВІЛ – жити повноцінним життям. В нашій області додатково потребують лікування АРТ 1,5 тис. хворих з урахуванням невиявлених випадків ВІЛ-інфекції від орієнтованої кількості ВІЛ-інфікованих.

Станом на 01.01.2019 р. загальна кількість ЛЖВ, які отримували АРТ протягом 6 місяців та досягли невизначеного рівня вірусного навантаження ВІЛ (ВН < 40 РНК копій/мл), складає 2720 (47,7% від оціночної кількості ЛЖВ) **(Рис. 2.4.5.1).**

Рисунок 2.4.5.1 Каскад послуг з лікування для ВІЛ-інфікованих осіб станом на 01.01.2019р.

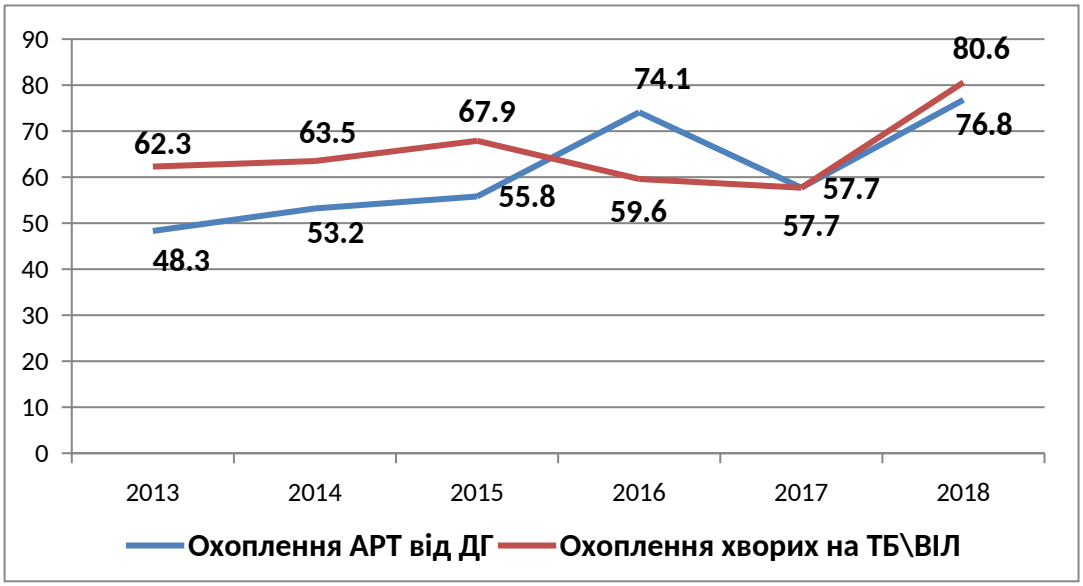


2.4.6 Аналіз виконання заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

на регіональному рівні у розрізі каскаду послуг

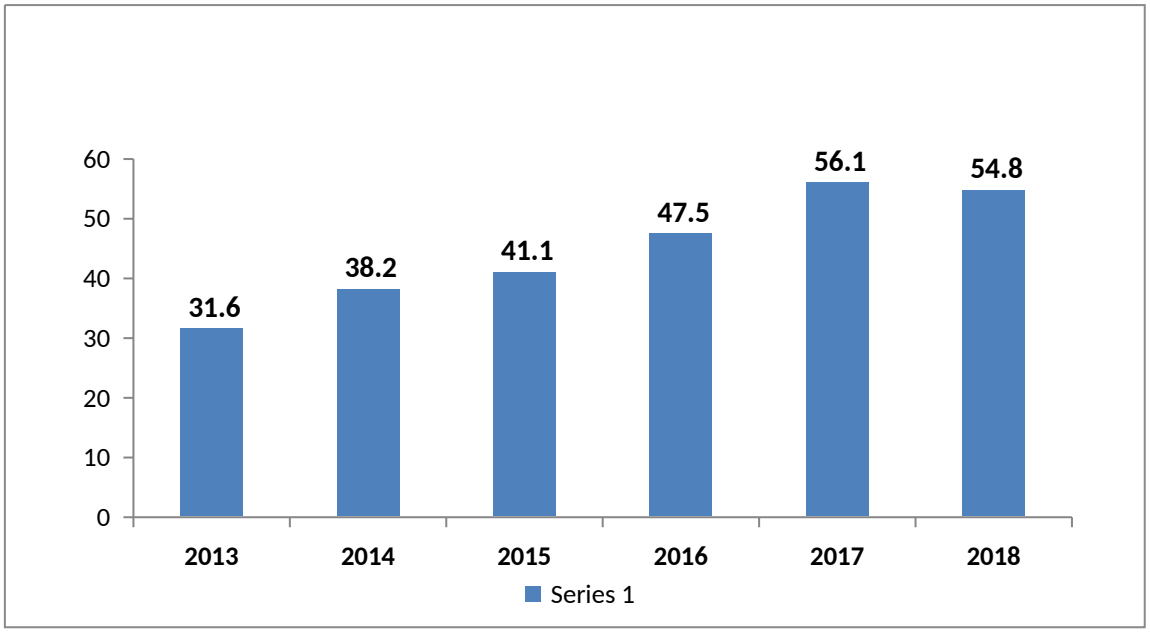
У порівнянні з 2017 роком у 2018 році покращилося охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих з 57,7% до 76,8% та хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ з 59,8% до 80,6% відповідно **(Рис. 2.4.6.1)**.

Рисунок 2.4.6.1. Охоплення АРТ від «Д» групи хворих на ВІЛ та хворих на ТБ/ВІЛ (%)



В області щорічно зростає відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (без урахування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями у стадії підтвердження діагнозу) 2013-2018 рр. (2013 рік – 31,6%, 2016 рік – 47,5%, 2017 рік – 56,1%, 2018 рік – 54,8%), що значно перевищує показник цільового значення – 40,0% **(Рис. 2.4.6.2)**.

Рисунок 2.4.6.2. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які були виявлені у 3 та 4 клінічних стадіях



Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли медичний нагляд протягом року серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку у період з 2013 по 2015 роки, мав тенденцію до зростання з 75,8% до 82,6% відповідно, проте у 2017 році даний показник знизився до 75,9%, та у 2018 році показник хоча і зріс до 79,8% та все одно був нижчим за показник цільового значення – 85,0%.

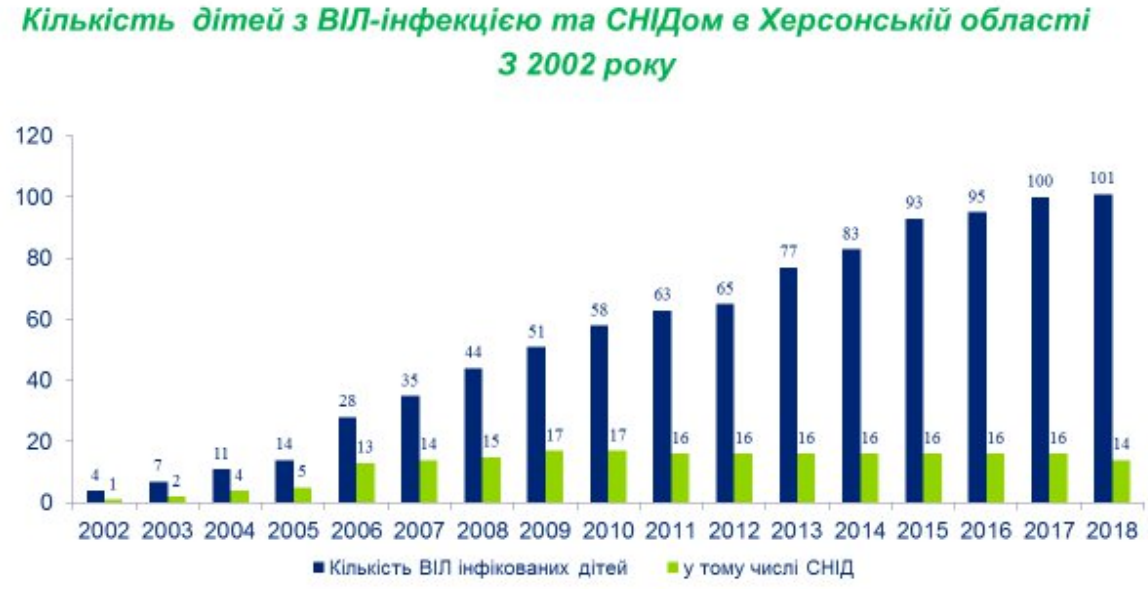
В області широко проводиться профілактика туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих ізоніазидом: у 2017 році 84,1% ВІЛ-інфікованих з вперше діагностованим захворюванням отримали профілактику, у 2018 році – 89,7%.

2.4.7 Аналіз амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими жінками та дітям, хворим на ВІЛ/СНІД за 2018 рік

Вважаємо за необхідне для покращання роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в області проведення наступних заходів:

Станом на 01.01.2019р. на обліку знаходяться 84 дітей та 17 підлітків з підтвердженим ВІЛ-статусом, з них 97 отримують АРТ (**Рис. 2.3.7.1).**

Рисунок 2.4.7.1. Кількість дітей з ВІЛ-нфекціє та СНІДом в Херсонській області з 2002 року



Згідно з наказом Департаменту охорони здоров’я облдержадміністрації надання стаціонарної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими жінками, та дітям хворим на ВІЛ/СНІД, здійснюється згідно профілю захворювання. Для початку високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) та повного клініко-лабораторного обстеження, згідно клінічного протоколу, діти направляються до обласної дитячої клінічної лікарні. Протягом 2018 року стаціонарну допомогу отримали 18 дітей.

З метою контролю вірусологічної ефективності АРТ у 2018 році проведено дослідження на вірусне навантаження у 99% дітей, які отримують АРТ. Аналіз вірусологічної ефективності ВААРТ показав, що у 9 дітей (9,1%) АРТ є вірусологічно неефективною по причині низької прихильності, що потребує

динаміки вірусного навантаження та визначення питання про доцільність подальшого лікування чинними схемами АРТ.

За період 2000-2018рр. всього померло 36 дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих жінок, у тому числі 4 дитини від хвороб, зумовлених ВІЛ (СНІД), 3 дитини з діагнозом ВІЛ-інфекція, але від інших захворювань, 27 дітей з не уточненим ВІЛ-статусом та негативні по ПЛР ДНК ВІЛ. У 2018 році смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ, серед дітей та підлітків не зареєстрована **(Табл. 2.4.7.1)**

Таблиця 2.4.7.1 Кількість дітей, які померли з моменту реєстрації, 2000-2018рр.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
2	3	-	3 2 -СНІД	1	5 1- СНІД	2 1- ВІЛ	3 1- ВІЛ	2	2

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
4	0	3 1- ВІЛ	1	1	1	1	1 1- СНІД	1	

В ході дослідження виявлено, що за період 2012-2018рр. померли дві дитини, які отримували АРТ, з них у 2012 році померла 1 дитина з діагнозом: Токсичний гепатит; у 2017 році померла 1 дитина з діагнозом : ВІЛ-інфекція, IV клінічна стадія: токсоплазмоз ЦНС **(Табл. 2.4.7.2)**

Таблиця 2.4.7.2 Кількість дітей, які померли у 2012-2018 роках, з впровадженням ВААРТ

	2012		2013		2015		2016		2017		2018	
	Всього померлих	В т.ч. отримува-ли АРТ	Всього помер-лих	В т.ч. отримува-ли АРТ	Всього помер-лих	В т.ч. отримува-ли АРТ	Всього Помер-лих	В т.ч. отримува-ли АРТ	Всього помер-лих	В т.ч. отримува-ли АРТ Т	Всього Помер-лих	В т.ч. отримува-ли АРТ
до 1 року	1	-	1		1	-	1		-	-	1	
До 18 місяців		-	-		-	-	-		-	-	-	
З 18 міс. до 18 років	1	1	-		-	-	-		1	1	-	

2.4.8 Епідситуація з ВІЛ-асоційованим туберкульозом у дітей

Станом 01.01.2019 року у лікаря педіатра Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом під медичним наглядом перебуває 101 дитина з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекція, з них 24 дитини (23%) із ко-інфекцією-ВІЛ/туберкульоз (ВІЛ/ТБ). У 5 дітей (23%) діагностовано дисеміновану форму туберкульозу, у 10 дітей (41%) вогнищеву форму, у 5 дітей (18%) – первинний туберкульозний комплекс (ПТК), у 4-х (18%) - туберкульоз внутрішньо грудних лімфовузлів. Розподіл дітей за віком представлено у таблиці (**Табл. 2.4.8.1).**

Таблиця 2.3.8.1 Кількість дітей, які померли у 2012-2018 роках, з впровадженням ВААРТ

Вік (роки)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ВІЛ/ТБ	0	0	1	2	1	0	0	1	2	3	2	0	3	2	1	1	3	2

Усі діти з туберкульозом отримують антиретровірусну терапію (АРТ).

2.4.9 Обстеження дітей за клінічними та епідеміологічними показниками

У лікарів педіатрів деяких районів відсутня пересторога щодо виявлення ВІЛ-інфекції у дітей та за клінічними показаннями діти не обстежуються.

У 2018 році за клінічними ознаками обстежено 258 дітей. Кількість обстежених по районах представлена на таблиці **(Табл. 2.3.9.1).**

Таблиця 2.4.9.1 Кількість дітей, які обстежені у 2018 році за клінічними ознаками

	Лікарняний заклад	Кількість обстежених
1	ХОДКЛ	219
2	КНП «ХМКЛ ім. Є.Є.Карабелеша»	11
3	м. Нова Каховка	9
4	Великолепетиський	4
5	Скадовський	3
6	Новотроїцький	2
7	Бериславський	2
8	Каховський	2
9	Каланчацький	2
10	Голопристанський	1
11	ХОІЛ	1
12	Горностаївський	1

З 2002 року в області виявлено 29 ВІЛ-інфікованих дітей, з них за 2011-2018 роки – 23 (**Табл. 2.4.9.2).**

Таблиця 2.4.9.2 Кількість дітей, у яких виявлено ВІЛ-інфекцію у 2012-2018 роках

	Райони	Всього
1	КНП «ХМКЛ ім. А. та О. Тропіних»	4
2	Великоолександрівський	3
3	Каховський	3
4	Великолепетиський	2
5	Скадовський	2
6	Білозерський	2
7	Генічеський	1
8	Олешківський	1
9	Високопільський	1
10	Нововоронцовський	1
11	Новотроїцький	1
12	Чаплинський	1
13	м. Нова Каховка	1

2.5 Забезпечення лабораторного супроводу ВІЛ-інфікованих осіб

Сучасне обладнання лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом дозволяє розширити доступ ВІЛ/СНІД-хворих до лабораторного супроводу антиретровірусної терапії та моніторингу перебігу ВІЛ-інфекції у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. На місцях медичні сестри всіх лікувально-профілактичних закладів області

опанували методику забору крові у ВІЛ-інфікованих закритою вакуумною системою типу Vacutainer для визначення рівня імунного статусу, вірусного навантаження та ПЛР-ДНК. Проте не у всіх районах області вирішено питання про своєчасну доставку крові в лабораторію діагностики ВІЛ-інфекції СНІД-центру в день забору на СД/4.

У лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом за 2018 рік проведено 6121 досліджень внутрішнього та 10 – зовнішнього контролю якості лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

За 2018 рік проведено 2049 підтверджувальних досліджень, з них 1942 - методом імуноферментного аналізу та 107 – імуноблотингом; 6176 досліджень для діагностики гепатиту В та 6152 гепатиту С та 6088 досліджень на ІПСШ. Хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД у звітному році проведено 6594 досліджень на визначення рівня CD/4, 6453 досліджень на визначення рівня вірусного навантаження та проведено 4337 аналізів для діагностики опортуністичних інфекцій.

В області впроваджено систему лабораторного моніторингу резистентності ВІЛ до антиретровірусних препаратів. З метою проведення епідеміологічного нагляду шляхом тестування на медикаментозну резистентність ВІЛ за 2018 рік направлено 10 зразків сироватки крові від нещодавно інфікованих пацієнтів.

2.6 Профілактичні заходи щодо попередження інфікування ВІЛ

2.6.1 Стан впровадження замісної підтримувальної терапії в області

Початком сучасного паліативного руху слід вважати відкриття Cicely Saunders в 1967 р. хосписа Святого Христофера (St Christopher's Hospice) в Лондоні. Проте в 1975 р. Balfour Mount при виборі назви для своєї нової клініки в Монреале звернув увагу на плутанину в термінах, оскільки у франкомовній Канаді слово "хоспис" вже використовувалося в іншому контексті, що привело до появи терміну "паліативна допомога".

Станом на 01.01.2019 року на обліку у лікарів наркологів ЗОЗ Херсонської області знаходиться 3346 осіб, які вживають наркотичні та токсичні речовини. Із загальної кількості з встановленим діагнозом «Залежність від наркотиків» на диспансерному обліку перебувало 2208 осіб, під профілактичним спостереженням – 1138 осіб, 1450 осіб вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом. Оціночна кількість населення області, які вживають наркотики знаходяться в межах 8800 осіб.

В рамках виконання обласних цільових соціальних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки та протидії захворюванню соціально-небезпечних хвороб, у тому числі наркоманії, в області впроваджена замісна підтримувальна терапія для хворих з опіоїдною залежністю. Станом на 01.01.2019 року на замісній підтримувальній терапії в області на 8 сайтах ЗПТ знаходиться 272 пацієнти: обласний наркодиспансер – 107, облтубдиспансер – 16, Скадовська ЦРЛ – 50, Новокаховська міська лікарня – 57, Каховська ЦРЛ – 26, Олешківська ЦРЛ – 15, Генічеська ЦРЛ - 34, Голопристанська ЦРЛ - 18. Із 272 пацієнтів 125 ВІЛ-інфікованих, в тому числі 111 знаходяться на антиретровірусній терапії. В ході дослідження було встановлено, що відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, зріс з 19,2% у 2014 році до 22,3% у 2018, проте не досяг цільового значення – 35,0%.

Завдяки спільним зусиллям Департаменту охорони здоров'я Херсонської обласної державної адміністрації, наркологічної служби області, ХОБФ «Мангуст», адміністрації Голопристанського та Генічеського районів, громадськості, та на виконання рекомендацій обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 05 липня 2016 року № 2 і 22 грудня 2017 року № 3, відкрито два нових сайта ЗПТ: у Голопристанській ЦРЛ сайт, який розраховано на 20 осіб, запрацював в грудні 2017 року; в Генічеській ЦРЛ розпочав свою працю у травні 2018 року. Генічеський сайт в короткий термін перевиконав заплановану квоту 20 осіб в 1,7 рази і набрав 35 пацієнтів, з них 8 ВІЛ-інфікованих та 6 з них отримують АРТ. Завдяки особам, які переїхали з

анексованого Криму, очікувана кількість перевищила норми, розглядається питання щодо можливого збільшення кількості доз препарату на даному сайті, та відкриття нового на базі ЦПМСД в селищі Олексіївка для 20 пацієнтів.

На всіх сайтах ЗПТ у 2018 році впроваджено обстеження хворих на ВІЛ-інфекцію швидкими тестами, з видачею результатів тестування одразу після обстеження. У 2018 році розширено коло обстежених на ВІЛ, пропонується з'ясувати ВІЛ-статус і статевим партнерам пацієнтів. В рамках покращення якості надання допомоги для 34-х стабільних пацієнтів запроваджена послуга видачі препаратів безпосередньо з сайту ЗПТ на термін до 10 діб, що передбачає більшу свободу у пересуванні, працевлаштуванні та сприяє покращенню якості їх життя.

Область займає перше місце по найважливішому показнику якості надання допомоги ЗПТ – утримання пацієнтів у програмі. Майже 90% хворих довгостроково отримують лікування, як правило, виходять із програми або у разі самостійного рішення вести тверезий спосіб життя, або смерті і в рідких випадках у разі затримання під варту.

Медичним персоналом відпрацьовані механізми переадресації хворих в інші ЛПЗ за показниками соматичних захворювань, розроблені локальні протоколи, маршрути пацієнтів. В планах розвитку наркологічна служба збирається відкрити ще 2 сайти в районах: Білозерському та Бериславському, а також в м. Херсоні на базі міських лікарень, в первинній ланці надання медичної допомоги.

2.6.2 Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини

Основним методом виявлення ВІЛ-інфекції у вагітних є тестування на ВІЛ, відповідно до діючої нормативної бази. У 2018 році проведено 9271 досліджень сироваток крові вагітних жінок методом імуноферментного аналізу, виявлено 22 позитивних результатів (0,24%). Обстежено 4825 статевих партнерів вагітних жінок,що складає 52,0% від кількості вагітних, що встали на облік у жіночих консультаціях; виявлено 18 позитивних результатів серед статевих контактів

ВІЛ-негативних жінок (0,37%). У 2018 році швидкими тестами під час пологів обстежено 331 жінок, які не пройшли обстеження на допологовому етапі, виявлено 2 позитивних результати.

На початок 2018 року під наглядом у жіночих консультаціях перебувало 40 ВІЛ-інфікованих вагітних, протягом року первинно взято на облік 80 ВІЛ-інфікованих вагітних, загальна кількість склала 120 ВІЛ-інфікованих жінок (2017 рік - 135 вагітних). У 2018 році виявлено вперше позитивний результат у 23 вагітних (2017р. – 36 вагітних). З відомим ВІЛ-позитивним статусом на облік звернулися 57 вагітних – 71,3% від загальної кількості взятих на облік у 2018 році (2017рік – 63 особи, або 63,6%).

Протягом трьох останніх років кількість ВІЛ-позитивних вагітних жінок поступово зменшується, як і загальна кількість вагітних.

У 2018 році відбулося 85 пологів у ВІЛ-інфікованих жінок, народилося 85 живих новонароджених (у 2017 році відповідно 88 та 87) та в 1 випадку вагітність закінчилась перериванням вагітності.

У 2018 році було обстежено на СД4 та ВН 78 вагітних - 97,5% (2017рік –99%). Не проводилася обстеження на СД4, ВН у 2-х жінок, які не знаходились на обліку у жіночій консультації та були виявлені у пологах.

За даними ПЛР ДНК діагностики у 2018 році обстежено - 103 дитини, із них у 2 дітей результати позитивні (2017 рік – 1 дитина з позитивним результатом).

Ефективність надання комплексної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним щодо профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ залежить від терміну вагітності, в якому вони звернулися до закладів охорони здоров’я для постановки на облік по вагітності.

Протягом 2018 року вперше звернулися на облік 80 вагітних жінок, з них мали клінічні стадії ВІЛ-інфекції:

1 клінічну стадію - 58 вагітних (72,5%), з них вперше в житті -16 (27,6%);

2 клінічну стадію - 9 вагітних (11,3%) - - - - - - 4 (44,4%);

3 клінічну стадію - 10 вагітних (12,5%) - - - - - - 3 (30,0%);

4 клінічну стадію - 3 вагітних (3,7%) - - - - - - 0.

З них осіб із встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції:

до вагітності – 22 вагітних (27,5%);

до 12 тижнів – 13 вагітних (16,2%);

12-26 тижнів – 27 вагітних (33,8%);

у пологах – 6 вагітних (7,5%).

У 2018 році охоплення ВІЛ-інфікованих профілактичним лікуванням АРТ у порівнянні з минулим роком знизилась з 97,7% до 95,3%.

Із 85 ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, у яких вагітність завершилася пологами у звітному році, отримали профілактичне лікування під час вагітності – 79 осіб (92,9%) та під час пологів отримали АРТ – 2 жінки (2,4%). Із 79 вагітних отримували АРТ до вагітності 31 особа (39,2%) та після пологів продовжували терапію 79 жінок. Не продовжують АРТ після пологів 6 породіль з-за відмови. Всі новонароджені діти (100%) отримували антиретровірусну профілактику у першу добу після народження.

У 2018 році проведено пологів шляхом кесаревого розтину у 30 жінок (35,3%), у 2017 році - 40 жінок (45,5%).

Разом з цим у Новотроїцькому районі, пологовому відділенні обласної клінічної лікарні та Новокаховській центральній міській лікарні зареєстровані випадки розродження фізіологічним шляхом ВІЛ-інфікованих вагітних, які не були повторно обстежені або у яких вірусне навантаження було більше 50 копій. Відповідно до клінічного протоколу необхідно планувати таких вагітних на розродження шляхом планового (елективного) кесаревого ростину на 37-38 тижнях вагітності.

Забір крові для дослідження на ПЛР ДНК у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, організований на місцях тільки у 4-х районах: Каховський, Генічеський, Великоолександрівський райони та м. Нова Каховка. З інших районів, особливо з віддалених, ВІЛ-інфіковані діти направляються до обласного центру для забору крові.

Із 267 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, та які знаходяться під медичним спостереженням, 232 дитини (86,9%) отримують державну

допомогу. Не отримують державну допомогу 35 дітей, з них 15 – у стадії оформлення документів, 20 матерів відмовились.

У 2018 році адаптованими молочними сумішами діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями, були забезпечені за рахунок коштів місцевих бюджетів, за виключенням Каланчацького та Бериславського районів. У поточному році через відсутність взаємодії та обміну інформацією (з урахуванням суворої конфіденційності) між деякими центральними районними лікарнями та центрами первинної медико-соціальної допомоги у районах щодо наявності ВІЛ-інфікованих вагітних призвело до відмови у сумішах наприкінці минулого та с початку поточного року шести дітям, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями, у 5 районах області: Голопристанський (2 випадки), по 1 випадку у Бериславському, Каланчацькому, Високопільському районах та Корабельному районі м. Херсона. На місцях не вирішується питання завчасної закупівлі дитячих молочних сумішей на випадок виявлення ВІЛ-інфекції у вагітних у пологах. Така ситуація може спровокувати ВІЛ-інфікованих мам вигодовувати новонароджених дітей грудним молоком, що підвищує ризик інфікування дітей вірусом імунодефіциту людини на 10-15%.

Основними проблемами профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ залишаються :

- недотримання виконання Уніфікованого клінічного протоколу з акушерської допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», затвердженого наказом МОЗ від 16.05.2016 року №449.
- проблеми з недостатньою прихильністю вагітних до АРВ-терапії та невиконанням лікарських призначень соціально дезадаптованими вагітними.

РОЗДІЛ 3
Обговорення отриманих результатів

Життя людини - є найціннішим скарбом. А здоров'я людини – є своєрідним показником, індикатором якості життя.

На сьогодні в Україні тенденція погіршення стану здоров'я населення набула загрозливого рівня. Це зумовлено погіршенням економічної, політичної, соціальної та екологічної, ситуації, розповсюдженням здоров'яруйнівних стереотипів поведінки, зниженням доступності до якісних медичних послуг.

У своїй роботі ми провели дослідження стану здоров'я населення Херсонської області через призму захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

За весь період 1987-2018 роки в Херсонській області офіційно зареєстровано 9053 випадків ВІЛ-інфекції серед мешканців області, у тому числі 2446 випадків СНІДу та 672 померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ.

В ході дослідження виявлено, що з 2018 року Херсонській області темпи захворюваності на ВІЛ-інфекцію зменшились на 19,2% у порівнянні з 2017 роком та спостерігається зменшення захворюваності на СНІД (на 36,1%). Показники захворюваності по районам області були не рівномірні. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію перевищує середньообласний показник у Великолепетиському районі (115,0 на 100 тис. населення), місті Нова Каховка (76,7).

Основним негативним наслідком ВІЛ-інфекції/СНІДу є її вплив на демографічну ситуацію. Це визвано високим рівнем смертності населення з причин пов'язаних з ВІЛ/СНІДом. Найвищі показники смертності від хвороб, що зумовлені ВІЛ, на 100 тис. населення зареєстровано у Високопільському (26,85), Корабельному районі м. Херсона (11,2). Аналіз наведених даних вказує на те, що показники смертності не залежать від зовнішніх чинників (екологія, щільність населення та ін.).

Проведений аналіз соціально-демографічної характеристики пацієнтів показав, що по статевому розподілу серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції відмічається зростання питомої ваги жінок з 37,6% у 2007 році до 46,6% у 2018 році. Відповідно, питома вага ВІЛ-інфікованих чоловіків знизилась з 62,4% у 2007 році до 53,4% у 2018 році.

Щодо структури шляхів передачі ВІЛ серед уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції в області спостерігається тенденція до подальшого зменшення питомої ваги парентерального шляху передачі (2005 рік – 54,1%, 2018рік – 21%), відповідно зростання частки статевого шляху передачі ВІЛ з 33,9% у 2005 році до 62,6% у 2018 році.

Питома вага ВІЛ-інфікованих жителів села серед уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція за останні роки (до 2016 року) поступово збільшувалась. Але, у 2017 та 2018 роках питома вага зменшилась до 31,9% та 32,4% відповідно. Така тенденція до зниження може говорити про дві причини: про підвищення загальної культури сільського населення та про відтік наявного працездатного населення з сільської місцевості.

Найбільше представництво серед ВІЛ-інфікованих в області має вікова група 25-49 роки – 79,9%. Це являється дуже серйозною проблемою не лише для пацієнта та його сім'ї, а й для держави в цілому. Адже, цей вік являється піковим щодо працездатності.

Аналіз результатів проведеного сероепідмоніторингу за поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення вказує на те, що найвищі рівні інфікованості ВІЛ у 2018 році за причинами обстеження відмічалися серед осіб, які мали гетеросексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами (код 101) – 5,27%, серед обстежених за клінічними показаннями (код 113) – 2,56%, серед осіб, які перебувають в місцях позбавлення волі (код 112) – 2,25%, серед споживачів ін'єкційних наркотиків (код 102) – 1,3%.

За останні роки в області щорічно зростає частка тестувань осіб з груп ризику щодо інфікування ВІЛ, які відіграють вирішальну роль у визначенні подальшого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції. Питома вага обстежених на ВІЛ-

інфекцію ключових груп населення (СІН, ОСБ, ЧСЧ, хворі на інфекції, що передаються статевим шляхом) серед загальної кількості тестувань збільшилась з 12,4% у 2014 році до 16,9% у 2018 році.

Щодо ситуації з результатами тестування осіб, серед яких виявлені хвороби, що передаються статевим шляхом (код 104), то кількість обстежень даної групи хворих за період 2013-2018 роки зменшилась майже удвічі з 1950 до 1007, що вказує на недостатній доступ до консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію уразливих до ВІЛ груп населення. Разом з цим рівень інфікованості ВІЛ за цим кодом щороку також поступово знижується (2013р. – 1,03%, 2016р. – 0,9%, 2017р. – 0,8%, 2018р. – 0,79%). Показник поширення ВІЛ-інфекції серед хворих з ІПСШ щорічно залишається нижче рівня даного показника серед населення області в цілому, що, на нашу думку, не відображає дійсного рівня інфікування даної групи населення, враховуючи щорічне зростання статевого шляху інфікування ВІЛ. Обстеження на ВІЛ-інфекцію у даних хворих через 3-6 місяців після встановлення діагнозу ІПСШ, з урахуванням «імунного вікна», не проводиться.

Поширеність ВІЛ-інфекції серед первинних донорів крові та її компонентів (код 108.1) за період 2013-2018рр. мала тенденцію до зниження з 0,27% до 0,15% відповідно. Виявлення ВІЛ-інфекції серед первинних донорів може вказувати на неякісне дотестове консультування, коли не виявляються ризики щодо інфікування ВІЛ та донори не відсторонюються від кроводачі. З іншого боку, при виявленні ВІЛ-інфекції серед первинних донорів, вся кров утилізується і не використовується.

Велике значення в профілактиці передачі ВІЛ від матері до дитини має профілактика ВІЛ-інфекції статевим шляхом у вагітній в період вагітності, коли статеві контакти не захищені презервативом. Не зважаючи, що в нашій області впроваджено обстеження статевих партнерів вагітних жінок на ВІЛ-інфекцію з 2014 року, до теперішнього часу в ряді районів не виконується наказ МОЗ України від 02.07.2016 №655 «Про внесення змін до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної

(високоспеціалізованої медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» щодо обстеження на ВІЛ-інфекцію статевих партнерів вагітних жінок.

Після вивчення світової політики в сфері протидії поширення ВІЛ-інфекції по досягнення мети «90-90-90» ми можемо сказати, що у Херсонській області станом на 01.01.2019 р. дані показники не досягнені**.** На каскаді знають про свій позитивний статус та знаходяться під медичним спостереженням 4090 осіб віком 15+ (без урахування дітей, які знаходяться у стадії підтвердження діагнозу), що складає 70,5% від оціночної кількості ЛЖВ. Не до виявлено 1111 осіб. Загальна кількість ЛЖВ, які отримують АРТ - 3087, що складає 54,2%. загальна кількість ЛЖВ, які отримували АРТ протягом 6 місяців та досягли невизначеного рівня вірусного навантаження ВІЛ (ВН < 40 РНК копій/мл), складає 2720 (47,7% від оціночної кількості ЛЖВ). Але, у порівнянні з 2017 роком у 2018 році покращилося охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих з 57,7% до 76,8% та хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ з 59,8% до 80,6% відповідно.

В області щорічно зростає відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (без урахування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями у стадії підтвердження діагнозу) 2013-2018 рр. (2013 рік – 31,6%, 2016 рік – 47,5%, 2017 рік – 56,1%, 2018 рік – 54,8%), що значно перевищує показник цільового значення – 40,0%. Такі показники можуть вказувати на краще виявлення та на старіння контенгенту.

В ході дослідження особливу увагу ми звернули на дитячу захворюваність на ВІЛ/СНІЛ у регіоні. На обліку знаходяться 84 дітей та 17 підлітків з підтвердженим ВІЛ-статусом, з них 97 отримують АРТ. У 2018 році смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ, серед дітей та підлітків не зареєстрована.

В Херсонській області впроваджена замісна підтримувальна терапія для хворих з опіоїдною залежністю. Станом на 01.01.2019 року на замісній підтримувальній терапії в області на 8 сайтах ЗПТ знаходиться 272 пацієнти.

Область займає перше місце по найважливішому показнику якості надання допомоги ЗПТ – утримання пацієнтів у програмі. Майже 90% хворих довгостроково отримують лікування, як правило, виходять із програми або у разі самостійного рішення вести тверезий спосіб життя, або смерті і в рідких випадках у разі затримання під варту.

Протягом трьох останніх років кількість ВІЛ-позитивних вагітних жінок поступово зменшується, як і загальна кількість вагітних.

У 2018 році відбулося 85 пологів у ВІЛ-інфікованих жінок, народилося 85 живих новонароджених (у 2017 році відповідно 88 та 87) та в 1 випадку вагітність закінчилась перериванням вагітності.

Опрацьовані вище данні висвітлюють проблеми, що існують сьогодні у державі, суспільстві, у сфері охорони здоров'я та мають вплив на показники якості життя ЛЖВ. Сюди можна віднести недостатній професійний рівень проведення консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, обмежені можливості медичних послуг, відсутність якісного соціального супроводу, що призводить до пізнього виявлення ВІЛ-позитивних осіб, вже в стадії глибокого імунодефіциту, несвоєчасного призначення АРТ, особливо серед пацієнтів з поєднаними захворюваннями – ВІЛ і туберкульоз, ВІЛ і наркозалежність, ВІЛ і вірусні гепатити, хворі на ВІЛ-інфекцію з порушеннями психічної діяльності.

Громадяни нашої держави, які живуть з ВІЛ-інфекцією/ СНІД мають право на якісну соціальну, психологічну та медичну допомогу.

ВИСНОВКИ

Враховуючи, що ВІЛ-інфекція/СНІД набула епідемії, тому продовжує залишатися серйозною проблемою для системи охорони здоров'я так і для країни в цілому. Медичні працівники повинні активно пропагувати здоровий спосіб життя серед різних верств населення, а саме акцентувати на запобіганні випадкових статевих зв'язків, на використанні засобів індивідуального захисту.

В ході проведення аналізу розвитку епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Херсонській області було встановлено такі характерні ознаки епідемії:

- зменшення показника захворюваності населення Херсонського регіону на ВІЛ-інфекцію/СНІД та поширеності вказаного показника;
- достовірні відмінності в показниках захворюваності населення та поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу в районах області;
- зменшення в структурі ВІЛ-інфікування парентерального і підвищення частки статевого шляху передачі хвороби;
- зменшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями;
- епідеміологічного значення в розповсюдженні ВІЛ-інфекції таких груп підвищеного ризику ВІЛ-інфікування як молодь, СІН, працівники комерційного сексу;
- зниження показників смертності населення в наслідок ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- значне підвищення кількості хворих на ВААРТ.
- збільшення на диспансерному обліку хворих на СНІД.

Вважаємо за необхідне для покращання роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в області проведення наступних заходів:

1. Вирішити питання відкриття кабінетів «Довіра» у лікувальних закладах області відповідно до наказу МОЗ України від 12.03.2008 №122 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 №33».
2. Розширити доступ до консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію за допомогою швидких тестів на первинному рівні надання медичної допомоги, в першу чергу уразливі до ВІЛ групи населення.
3. Забезпечити охоплення антиретровірусною терапією не менше 90% від кількості диспансерної групи ВІЛ-інфікованих без урахування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у стадії підтвердження діагнозу.
4. Організувати у районі забір крові для дослідження на СД4, вірусне навантаження, ПЛР ДНК з наступною своєчасною доставкою біоматеріалу до лабораторії СНІД-центру.

5. Забезпечити якісну диспансеризацію ВІЛ-інфікованих на хворих на СНІД, визначення імунного статусу СД4+, вірусного навантаження, своєчасного якісного внесення даних до МІС/ВІЛ.

6. Забезпечити дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, дитячими молочними сумішами за рахунок місцевих бюджетів та запас ДМС на випадок виявлення ВІЛ-інфекції у жінки в пологах.

7. Покращити охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію чоловіків вагітних жінок у жіночих консультаціях з метою профілактики інфікування статевим шляхом жінок у період вагітності та наступним інфікуванням дитини.

8. Забезпечити посилення контролю з боку акушерів-гінекологів жіночих консультацій за прийомом АРВ терапії та продовження отримання АРВ терапії вагітними після пологів.

Для ефективної протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в державі необхідні узгоджені спільні зусилля уряду та суспільства. Призупинити погіршення епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції на конкретній адміністративній території можливо завдяки розробці та впровадженню адаптованої до місцевих умов програми лікувальних та профілактичних заходів, спрямованих на покращення якості життя населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №30. – К.: МОЗ України, Укр.. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2008. – 19 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №50. – К.: МОЗ України, Укр.. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2019. – 28 с.
3. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №50. – К.: МОЗ України, Укр.. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2019. – 32 с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №50. – К.: МОЗ України,
5. ВІЛ-інфекція та СНІД в Україні. Збірник матеріалів з актуальних проблем протидії епідемії. Київ. – 2001. – 200с.
6. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії / за ред. В. С. Стешенко. – К. : НАН України, Ін-т економіки, 2001. – 559 с.
7. Доброштан Є. В. Захворюваність на інфекційні та паразитарні хвороби / Є. В. Доброштан // Панорама охорони здоров’я населення України. – К. : Здоров’я, 2003. – С. 69–71.
8. Доклад о глобальных ответных мерах на ВИЧ/СПИД / ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС. 2012 [Электронный ресурс].–Режим доступа: http://www.who.int/hiv/ru.
9. Доклад о развитии человека 2010. Реальное богатство народов: пути к развитию человека / Пер. с англ. – М.: Весь мир, 2010. – 244 с.
10. Епідемія ВІЛ-інфекцій в Україні та організація протидії її розвитку / Н. М. Нізова [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров’я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. – К., 2012. – С. 118–128.
11. Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні зробила крок назад [Електронний ресурс]. –Режим доступу: https://www antiaids.org. .
12. Загальна теорія здоров’я та здоров’язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. – 3 с.

13. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. – 5 с.
14. Загальна теорія здоров'я та здоров'я збереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. – 9 с.
15. Загальна теорія здоров'я та здоров'я збереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. – 320 с.
16. Запорожан В. М. ВІЛ-інфекція і СНІД / В. М. Запорожан, Н. Л. Аряєв. – 2-е вид., перероб. і доп. – К. : Здоров'я, 2004. – 634 с.
17. Захворюваність населення країни на деякі інфекційні хвороби (ситуаційний аналіз) / Г. О. Слабкий [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 38–41.
18. Інформаційний бюлетень ЮНЕЙДС. Глобальна статистика по ВІЛ за 2018 рік**.**
19. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт / ВООЗ, Представництво ЮНЕЙДС в Україні. – К.: ЮНЕЙДС, 2009. – 240 с.
20. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2019 року. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ. – 2019 – 6-7с.
21. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2019 року. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ. – 2019 – 36, 84с.
22. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2019 року. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ. – 2019. – 31 с.
23. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2019 року. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ. – 2019. – 36 с.
24. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2019 року. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ. – 2019. – 36, 85 с.
25. «Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом за березень місяць 2019 року». ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».
Укр.. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2019. – 81 с.

26. Основные факты об эпидемии ВИЧ и достигнутом прогрессе в 2010 году: доклад о глобальных ответных мерах на ВИЧ/СПИД / ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://who.int/hiv/pub/ progress_report2011/ global_facts/ru/index1.html.

27. Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. / Под общ. ред. В. В. Покровского. – М.: ГЄОТАР Медицина, 2000. – 3с.

28.«Попередження трансмісії віл від матері до дитини». Навчальний посібник для акушерів-гінекологів, неонатологів, педіатрів, інфекціоністів, сімейни лікарів, організаторів охорони здоров'я, лікарів-інтернів і студентів. – К.: «Акві-К», 2003 – 3 с.

29. Проблеми ВІЛ-інфекції, наркоманії та інфекцій, що передаються статевим шляхом : інформ. бюлетень / Укр. Центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України. – К., 2003. – 46 с.

30. Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй. ВІЛ/СНІД та права людини у пенітенціарній системі. – К., 2011 – 8 с.

31. Рингач Н. О. Демографічна ситуація в Україні в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу / Н. О. Рингач / Н. О. Рингач // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2011. – № 1 (04). – С. 6–12.

32. Статистика з ВІЛ/СНІДу. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.04.2019. Центр громадського здоров'я МОЗ України.

33. Україна молода. Випуск №10 за 29.01.2019 [Електронний ресурс].–Режим доступу: https://www.umoloda.kiev.ua/number/3413/218/129856/#.

34. Ципко М. І. Захворюваність населення на туберкульоз / М. І. Ципко, О. В. Розум // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. – К., 2012. – С. 130–150.

35. DeBell D. Impact of transition on public health in Ukraine: case study of the HIV/AIDS epidemic / D. DeBell, R. Carter / D. DeBell // BMJ. – 2005. – № 7510. – P. 216–219.

36. HIV/AIDS surveillance in Europe. 2011 / Surveillange report. World Health Organization. – Copengagen : WHO, 2011. – 81 p.